

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922

N° 91

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SÉQUELLES POLYCLONIQUES DE L'ENCÉPHALO-MYÉLITE ÉPIDÉMIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 3 février 1922

PAR

Pierre-Mathieu-François-Maurice LABUCHELLE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, CROIX DE GUERRE

INTERNE DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

LAURÉAT DE LA FACULTÉ :

(Prix de la Faculté, 3^e année, 1911 ; — Prix de la Ville de Bordeaux, Chirurgie, 1920 ;

Prix de la Ville de Bordeaux, Médecine, 1921 ; — Prix biennal Costes, 1921)

LAURÉAT DES HÔPITAUX (Médaille d'argent, 1921)

Né à Bordeaux (Gironde), le 13 juillet 1889.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur.....	Président.
		SABRAZÈS, professeur.....	Juges.
		VERGER, professeur.....	
		LEURET, agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET

17, RUE FOQUELIN-MOLIÈRE, 17

1922

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922

N° 91

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SÉQUELLES POLYCLONIQUES DE L'ENCÉPHALO-MYÉLITE ÉPIDÉMIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 3 février 1922



PAR

Pierre-Mathieu-François-Maurice LABUCHELLE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, CROIX DE GUERRE

INTERNE DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

LAURÉAT DE LA FACULTÉ :

(Prix de la Faculté, 3^e année, 1911 ; — Prix de la Ville de Bordeaux, Chirurgie, 1920 ;
Prix de la Ville de Bordeaux, Médecine, 1921 ; — Prix biennal Costes, 1921)

LAURÉAT DES HÔPITAUX (Médaille d'argent, 1921)

Né à Bordeaux (Gironde), le 13 juillet 1889.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur.....	Président.
		SABRAZÈS, professeur	Juges.
		VERGER, professeur.....	
		LEURET, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIERE, 17

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique interne.....	ARNOZAN.	Pharmacie.....	DUPOUY.
	CASSAET.	Zoologie et parasitologie...	MANDOUL.
Clinique externe.....	CHAVANNAZ.	Médecine expérimentale...	FERRÉ.
	VILLAR.	Clinique ophtalmologique...	LAGRANGE.
Pathologie et thérapeu- tique générales.....	CRUCHET.	Clinique chirurgicale infan- tile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Clinique d'accouchem ^{ts} .	RIVIERE.	Clinique gynécologique...	BÉGOUIN.
Anatomie pathologique.	SABRAZÉS.	Clinique médicale des mala- dies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie.....	PLIQUE.	Chimie biologique.....	DENIGES.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Physique pharmaceutique..	SIGALAS.
Physiologie.....	PACHON.	Pathologie exotique.....	LE DANTEC.
Hygiène.....	AUCHE.	Clinique des maladies cuta- nées et syphilitiques....	W. DUBREUILB.
Médecine légale.....	VERGER.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Physique biologique et clinique d'électricité médicale.....	BERGONIE.	Clinique psychiatrique....	ABADIE.
Chimie.....	CHELLE.	Clinique d'oto-rhino-laryn- gologie.....	MOURE.
Botanique et matière mé- dicale.....	BEILLE.	Toxicologie.....	BARTHE.

M. PRINCETEAU.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryolo- gie.....	N.	Médecine générale.....	LEURET.
	N.		DUPERIE.
Histologie.....	LACOSTE (chargé).		CREYX.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	MICHELEAU.
Anatomie pathologique.	MURATET.	Médecine légale.....	PERRENS.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS (chargé).		LANDE.
	N.	Chirurgie générale.....	GUYOT.
Physique biologique et médicale.....	RÉCHOU.		ROCHER.
Chimie biologique et médicale.....	N.		DUVERGEY.
	PETGES.	Obstétrique.....	PAPIN.
Médecine générale.....	J. CARLES.	Ophthalmologie.....	PERY.
	MAURIAC.		FAUGÈRE.
		Pharmacie.....	TEULIERES.
			LABAT.
			N.

CHARGÉS DE COURS :

Cours de Clinique dentaire.....	MM. CAVALIÉ.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie.....	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements.....	PERY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie.....	GABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture.....	ANDERODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale....	SELLIER.
Cours complémentaire de Démonstrations et Préparations pharmaceut.	LABAT.
Cours complémentaire de Chimie.....	RANGIER.
Cours complémentaire de Vénérologie.....	PETGES.
Cours complémentaire de Pathologie interne.....	MAURIAC.
Cours complémentaire de Pathologie externe.....	GUYOT.
Cours complémentaire d'Orthopédie chez l'adulte, pour les acciden- tés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....	ROCHER.
Cours complément ^{re} annexe. — Prothèse et rééducation profession ^{lle}	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

En tête de ce travail, aux lieu et place des traditionnelles dédicaces si sèches et si banales que personne ne prend plus la peine de les lire, nous voulons exprimer notre reconnaissance à tous les maîtres qui nous ont soutenu et guidé durant nos études rendues si longues par les circonstances.

Successivement M. le D^r Dumur (à la mémoire duquel nous adressons ici un hommage ému), M. le professeur Bégouin, M. le professeur Cassaët, M. le D^r Verdelet, M. le professeur agrégé Rocher, M. le professeur Villar, M. le professeur Arnozan et enfin M. le professeur Abadie nous ont formé à la méthode clinique si chère à l'École bordelaise. De leurs leçons nous ne perdrons jamais le souvenir ; notre gratitude envers eux sera aussi durable.

M. le professeur Abadie, M. le professeur Cruchet et M. le professeur agrégé Creyx ont bien voulu s'intéresser à ce très modeste travail. Leurs conseils et les observations qu'ils ont eu l'obligeance de nous communiquer nous ont été d'un précieux secours. Nous leur adressons ici tous nos remerciements. Qu'il nous soit également permis de dire à M. le professeur Abadie combien nous sommes sensible à l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider à la soutenance de notre thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SÉQUELLES POLYCLONIQUES

DE L'ENCÉPHALO-MYÉLITE ÉPIDÉMIQUE

INTRODUCTION

Les phénomènes excito-moteurs sont une des manifestations les plus fréquentes de l'encéphalo-myélite épidémique et peuvent se présenter à deux périodes différentes : soit au cours de la maladie aiguë, à titre de symptôme, quelquefois unique, le plus souvent associé à d'autres phénomènes morbides; soit plus ou moins tardivement, après une phase de guérison clinique complète en apparence et dont la durée est très variable, constituant alors des séquelles de la maladie primitive.

Parmi celles-ci, il faut distinguer des phénomènes d'hypertonie musculaire constituant le parkinsonisme, qui a été bien étudié et bien décrit, et des phénomènes cloniques rentrant dans le cadre classique des polyclonies, moins fréquents et moins étudiés jusqu'à présent.

Ce sont ces séquelles polycloniques que nous nous sommes proposé d'étudier.

Mais tout d'abord, puisque les accidents que nous envisageons s'observent aussi bien au cours de l'encéphalite qu'après elle, comment distinguerons-nous ceux qui sont un symptôme de ceux qui sont une séquelle ? En pathologie, qui dit séquelle, dit trouble du fonctionnement d'un ou de plusieurs appareils de l'économie, survenant ou subsistant après la guérison clinique et anatomique complète d'une maladie ou d'une affection traumatique, et dû à des lésions autres que celles de l'affection causale, mais cependant provoquées par elles, soit directement, par cicatrisation, soit indirectement, par retentissement à distance.

Donc, pour que nous ayons le droit de parler de séquelle d'une maladie, il faut que nous ayons la preuve certaine que celle-ci est complètement guérie. Or, par quoi peut nous être fournie cette preuve ? Est-ce par l'observation clinique seule ? Non. En effet, quel sera notre critérium ? La durée de l'intervalle libre entre la guérison apparente de l'affection causale et l'apparition des séquelles ne signifie rien, car nous trouvons tous les intermédiaires entre les séquelles précoces et les séquelles tardives. Cet intervalle libre peut même manquer totalement, comme dans les cas de paralysies diphtériques qui débudent au cours de la maladie et lui survivent.

Une maladie n'est pas forcément guérie parce qu'elle ne donne lieu à aucune manifestation clinique : témoin la syphilis. Un accident éclatant après une longue période de santé parfaite pourra donc être aussi bien une manifestation évolutive qu'une séquelle. L'identité ou la non-identité des accidents tardifs avec les phénomènes morbides du début ne signifie rien : témoin encore la syphilis.

C'est donc en dehors de l'observation clinique qu'il faut chercher les moyens de contrôler la guérison de la maladie causale. L'anatomie pathologique nous fournit le meilleur de ces moyens ; quand elle nous montre que les lésions spécifiques d'une maladie sont toujours cicatrisées lorsqu'éclatent certains

accidents, ou quand ceux-ci ne peuvent être conditionnés par ces lésions spécifiques, alors nous avons le droit de parler de séquelles.

Dans d'autres cas, on devra avoir recours à des moyens de laboratoire. Mais dans l'état actuel de nos connaissances, ce moyen de contrôle est beaucoup moins sûr que le précédent.

Enfin, dans la plupart des cas, c'est l'empirisme, basé sur une très longue expérience acquise au moyen d'innombrables observations faites par plusieurs générations, qui nous permet d'arriver à une quasi-certitude.

Si nous essayons maintenant de déterminer la vraie signification des accidents post-encéphalitiques, nous voyons que tous les éléments d'appréciation que nous venons de passer en revue nous font défaut. L'anatomie pathologique ne nous donne quelques renseignements que sur les désordres anatomiques de la phase aiguë. Jusqu'à présent, on n'a pas publié, que je sache, de relations de nécropsies relatives à des cas de syndromes polycloniques post-encéphalitiques. Nous ignorons donc complètement si ces syndromes sont produits par une reviviscence des lésions qui caractérisent la phase aiguë, ou bien si ce sont les cicatrices de ces lésions aiguës qui les provoquent.

Les moyens de laboratoire nous font également défaut. Quant à l'empirisme, notre expérience est beaucoup trop courte pour qu'on puisse songer à y avoir recours. Nous ne pouvons que regarder et noter : nous nous ferons une opinion plus tard.

En somme, actuellement, nous ne pouvons distinguer de façon certaine ce qui appartient aux formes prolongées ou aux rechutes, de ce qui constitue des séquelles vraies. Nous ne devons donc pas nous montrer pointilleux sur la détermination de la vraie nature des phénomènes morbides dont nous avons entrepris l'étude. Nous engloberons, sous le terme plus ou moins exact de séquelles polycloniques, toutes les polyclonies que l'on observe après la disparition des phénomènes de la phase primitive de l'encéphalite épidémique. Ces accidents se montrent soit dès le début de la maladie pour persister seuls après la disparition de tous les autres troubles, soit plus ou moins longtemps après la guérison apparente de l'affection.

Dans cette étude, nous aurons à décrire des phénomènes morbides totalement différents les uns des autres. Nous ne pourrons donc pas adopter le plan commode qui consiste à exposer les faits sans commentaire, et à tenter ensuite leur interprétation d'ensemble. Ici, après quelques généralités, nous envisagerons isolément la symptomatologie de chaque catégorie de clones, et nous ferons suivre chaque description de quelques observations aussi typiques que possible. Puis nous rechercherons si d'une étude attentive de ces observations nous pouvons retirer les éléments d'un diagnostic étiologique de ces phénomènes morbides. L'anatomie pathologique et la pathogénie ne nous retiendront pas longtemps, de même que le traitement, tellement nous possédons peu de données certaines à leur sujet.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

C'est principalement Pierre Marie qui a attiré l'attention sur ces phénomènes et qui s'est attaché à leur étude, en collaboration avec M^{lle} Gabrielle Lévy. A la séance de la Société médicale des hôpitaux de Paris du 29 novembre 1918, ces deux auteurs faisaient une communication sur « *10 cas de mouvements involontaires apparus rapidement et pouvant se rattacher à l'encéphalite léthargique* ». Sur ces 10 malades, 5 présentaient une localisation unilatérale des troubles, consistant, chez les uns en de petits mouvements à oscillations fines aux extrémités des membres, chez les autres en des mouvements lents prédominant à la racine des membres. Chez les 5 autres malades, les mouvements étaient à localisation bilatérale, de siège et d'aspect variables, les uns étant de véritables mouvements choréiformes, les autres des contorsions du tronc. En outre, 2 de ces malades présentaient du parkinsonisme.

Dans 7 de ces cas, les troubles étaient apparus à la suite d'un épisode fébrile. Dans 5 cas (4 fébriles et 1 non fébrile), les anamnestiques apprenaient l'existence, au moment de l'épisode primitif, de symptômes appartenant à l'encéphalite : somnolence ou insomnie, troubles de la vue, ptosis. Dans presque tous les cas, cet épisode primitif s'était produit dans le courant de février ou d'avril 1918 et avait précédé de deux ou trois mois l'apparition des troubles excito-moteurs.

L'histoire de ces accidents, leur coïncidence avec l'épidémie de grippe et d'encéphalite de 1918, faisaient apparaître un lien

évident entre cette dernière affection et l'apparition de ces mouvements. Mais il n'était pas possible, à cette époque, faute d'expérience clinique suffisante, d'affirmer qu'il s'agissait absolument d'encéphalite.

Pendant de tous côtés on étudiait l'encéphalite épidémique. L'attention était attirée sur ses formes frustes, notamment par Claisse, en mars 1919, de sorte que l'on pouvait commencer à porter rétrospectivement le diagnostic d'encéphalite épidémique alors même que l'histoire de la maladie ne faisait pas apparaître les signes cardinaux de l'affection. A la séance de la Société de neurologie du 3 avril 1919, Pierre Marie et M^{lle} Lévy présentent un nouveau cas de mouvements involontaires survenant chez un homme de 44 ans, cinq mois après un épisode fébrile accompagné de céphalée avec diminution de l'acuité visuelle sans diplopie. Tout naturellement, ils sont amenés à rapprocher ce cas des 10 autres précédemment étudiés par eux. Enfin, le 5 juin 1919, ils présentent un douzième malade atteint de mouvements involontaires choréiformes ayant succédé à un épisode fébrile remontant à novembre 1918 et à des signes d'encéphalite (lassitude, diplopie, troubles sphinctériens, sommeil constant sans ptosis) datant de février 1919.

Mais jusqu'alors on n'avait pu que soupçonner l'existence d'une filiation entre ces épisodes aigus, probablement encéphalitiques, et ces accidents tardifs excito-moteurs. Pour la première fois, le 4 juillet 1919, dans une communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris, Denécheau, Papin et Ch. Blanc relatèrent les observations de 4 malades atteints d'encéphalite épidémique, vus par eux lors des accidents primitifs et suivis depuis cinq mois. Sur ces 4 malades, 1 présentait une chorée rebelle. La relation de cause à effet était ici évidente, et les hypothèses précédemment émises recevaient une complète confirmation.

Dans la première moitié de l'année 1920, la nouvelle épidémie fournit son contingent de cas de polyclonies post-encéphalitiques. En outre, Sicard et Kudelski étudièrent la forme myoclonique de l'encéphalite léthargique, montrant que les mêmes troubles

excito-moteurs peuvent s'observer aussi bien au cours de l'épisode aigu que tardivement; dès lors était scellé le dernier maillon de la chaîne qui unit à l'affection causale ces reliquats d'abord observés isolément. Un peu plus tard, le 30 avril 1920, Kahn, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, publiait une observation curieuse qui rendait en quelque sorte palpables les étroites relations qui existent entre les mouvements involontaires de diverses catégories et l'encéphalite. Il s'agissait d'un cas d'encéphalite successivement névralgique, psychique, choréiforme, myoclonique, léthargique, avec séquelles hémimyocloniques.

Depuis lors, nombreuses sont les observations de séquelles excito-motrices qui ont été présentées aux diverses sociétés médicales. Citons simplement, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, les communications de P. Marie et M^{lle} Lévy, d'Aviragnet, A. Delille et P. Marie, de Roger et Aymès, de Souques et Lacomme, de Jude, de Pic, de Cruchet. A la Société de neurologie de Paris, les communications de H. Meige, de Renault, M^{me} Athanassio-Bénisty et Hibert, de Krebs et Bethoux, de H. Roger. A la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, les communications du professeur Verger, du professeur agrégé Creyx, et surtout du professeur Cruchet. En outre, Brevet, en 1920, a consacré sa thèse à la forme myoclonique de l'encéphalite léthargique.

Enfin le traitement des reliquats myocloniques a fait l'objet des communications de Pic, de Pierre Marie et Bouthier à la Société médicale des hôpitaux, et de Cl. Vincent à la Société de neurologie de Paris.

La fréquence absolue de ces reliquats polycloniques est impossible à évaluer même approximativement, dans l'ignorance absolue où nous sommes du nombre total, même approché, des cas d'encéphalite qui ont évolué depuis 1918. Nous ne pouvons dire qu'une chose, c'est que, somme toute, ils paraissent jusqu'à présent être assez peu fréquents, vu le petit nombre de cas publiés. Nous n'en avons relevé que 42. Le professeur Cru-

chet a communiqué, le 11 mars 1921, à la Société médicale des hôpitaux de Paris une statistique portant sur 32 cas d'encéphalite, observés et suivis par lui depuis plusieurs mois. A cette époque, 20 survivaient, dont 12 avec séquelles, parmi lesquelles 2 séquelles polycloniques, c'est-à-dire le seizième des cas primitifs et le dixième des survivants.

Il n'est pas plus aisé d'évaluer approximativement la fréquence relative de ces séquelles cloniques par rapport à l'ensemble des reliquats de l'encéphalite. Le dépouillement des communications faites aux sociétés médicales ne peut donner de chiffres ayant quelque valeur, car en général ce sont les raretés que l'on communique le plus régulièrement, de préférence aux faits d'observation banale. De sorte que les proportions, dans les communications, peuvent presque être considérées comme inverses des proportions réelles.

Dans la statistique publiée le 11 mars 1921 par le professeur Cruchet, sur 12 séquelles il y a 2 polyclonies, 3 syndromes parkinsoniens, 7 cas de troubles mentaux.

Au point de vue de l'âge, il paraît y avoir deux périodes d'élection pour l'éclosion de ces accidents : la première enfance et l'âge adulte. Sur 26 malades dont l'âge nous est connu, 5 sont âgés de 6 à 9 ans. Les 21 autres ont de 23 à 50 ans. Parmi ceux-ci, 5, soit un peu moins que le quart, ont moins de 30 ans.

Le sexe ne paraît pas exercer une influence très importante. Cependant, les cas féminins l'emportent sur les cas masculins. C'est ainsi que sur 26 malades, il y a 10 hommes et 16 femmes, soit une proportion de 3 à 5 environ.

Nous ne dirons rien de l'influence de la profession, celle-ci n'est pas indiquée dans la plupart des observations. Nous avons relevé un officier, un soldat, un cordonnier, une tailleur, une casquettière.

L'étude de la répartition géographique en France ne nous a pas fait reconnaître l'existence de foyers localisés. Si la plupart des cas signalés le sont dans les villes, cela tient à ce que ce sont les médecins des villes, et surtout des grandes villes, qui font le plus de communications.

De même on ne signale nulle part d'*influence saisonnière*.

Dans aucune observation nous n'avons trouvé de renseignements relatifs aux *antécédents* héréditaires des malades. De même on ne remarque rien de particulier dans leurs antécédents personnels. Ni alcoolisme, ni syphilis, ni phénomènes névropathiques. Bien plus, il est signalé particulièrement dans plusieurs observations que le malade n'avait jamais eu de troubles nerveux antérieurement.

On ne note pas non plus d'*affections aiguës* précédant ou suivant l'encéphalite. Dans quelques cas, il est probable que le malade a été atteint successivement de grippe et d'encéphalite, mais c'est l'exception.

Beaucoup de sujets, surtout féminins, signalent des *émotions* qui auraient précédé le début des accidents. Nous ne pensons pas qu'on doive y attacher d'importance. Il est entendu dans le public qu'une maladie nerveuse a une origine émotive et on arrive toujours à découvrir l'émotion.

L'existence de phénomènes polycloniques au cours de l'épisode aigu s'observe quelquefois, mais c'est la minorité des cas. De même, une forme aiguë avec mouvements involontaires n'est pas suivie plus particulièrement de séquelles cloniques. La localisation initiale des lésions ne gouverne pas forcément leur localisation tardive. Fait intéressant qui nous montre que, pendant les périodes de calme trompeur, la maladie continue à évoluer.

Combien de temps après l'épisode primitif se montrent ces reliquats? Deux cas sont à considérer, selon qu'il y existe ou qu'il n'y existe pas une phase de guérison apparente entre la fin de l'encéphalite et le début des mouvements involontaires. Dans le premier cas, le malade a présenté des phénomènes cloniques pendant la période aiguë de son affection. Ceux-ci persistent, tandis que les autres symptômes rétrocedent. D'autres fois, le syndrome primitif a été caractérisé par des phénomènes parkinsoniens auxquels se substituent peu à peu des myoclonies qui persistent. Nous avons relevé cette évolution continue dans 8 observations sur 32.

Dans le second cas, le malade se rétablit complètement et peut se croire entièrement guéri. Mais après une période de santé qui peut être courte ou longue apparaissent les troubles excito-moteurs. Ceux-ci sont souvent précédés de douleurs articulaires et de tuméfaction qui déterminent en quelque sorte les points au niveau desquels ils vont se montrer. La durée de la période d'incubation silencieuse est inconstante et peut être, comme nous venons de le dire, courte ou longue. Le plus souvent, elle est de deux ou trois mois. Mais elle peut descendre à cinq jours et s'élever à cinq mois. On note l'existence de cet intervalle libre dans 24 observations sur 32. Il y a autant de cas d'incubation courte que de cas d'incubation longue.

Nous venons de voir que les troubles excito-moteurs cloniques pouvaient succéder à des syndromes parkinsoniens. Ils peuvent également coexister avec des séquelles de cette nature ou d'un autre ordre. Le fait n'est pas rare. Sur 42 cas, nous en relevons 11 exemples se décomposant comme suit : association avec un syndrome parkinsonien : 9 cas. Association avec des stéréotypies et des spasmes : 1 cas. Association avec des paralysies oculaires et laryngées : 1 cas. Les cas simples sont les plus fréquents. Ils sont au nombre de 31, c'est à-dire qu'ils représentent environ 74 p. 100 de la totalité.

Le siège de ces mouvements involontaires est variable, tantôt généralisés, tantôt localisés à un ou plusieurs membres, à la face, au diaphragme. Ils peuvent se présenter sous trois aspects : unilatéral, bilatéral ou alterne. Le type unilatéral peut être réalisé soit par l'atteinte d'un seul membre, soit par celle des deux membres du même côté. La localisation au côté droit est nettement plus fréquente que la localisation au côté gauche (dans la proportion de 3 à 2). Nous ne pouvons que constater ce fait dont l'explication est très difficile. On ne peut guère invoquer ici la plus grande fatigue que nous imposons à nos membres du côté droit. Car, outre que ceci n'est vrai que pour le membre supérieur, il ne faut pas perdre de vue que la lésion causale est centrale et par conséquent ne peut guère subir l'action des influences extérieures.

Dans le type bilatéral, il y a atteinte des deux membres symétriques, ou de trois membres, l'atteinte des quatre membres constituant le type généralisé. Ce type bilatéral peut exister d'emblée ou, au contraire, succéder au précédent par extension secondaire au côté opposé.

Enfin, le type alterne se caractérise par une localisation des troubles à l'hémiface d'un côté et aux deux membres du côté opposé. C'est le groupement le plus rarement réalisé.

Pour donner une idée de la fréquence respective de ces divers types, nous avons fait une statistique portant sur 41 cas, et voici le résultat que nous avons obtenu : Localisation bilatérale primitive : 18 cas, soit 43 p. 100. Localisation primitivement unilatérale, secondairement bilatérale : 1 cas, soit 2 1/2 p. 100. Localisation constamment unilatérale : 20 cas, soit 50 p. 100. Parmi ces 20 cas, le côté nous est connu dans 15, se décomposant ainsi : Localisation à droite : 9 cas (trois cinquièmes). Localisation à gauche : 6 cas (deux cinquièmes). Enfin le type alterne a été réalisé 2 fois, soit 5 p. 100 de la totalité (Dans le calcul des pourcentages, nous avons arrondi légèrement les chiffres pour plus de simplicité).

CHAPITRE II

Étude clinique.

Les polyclonies post-encéphalitiques peuvent se diviser en plusieurs catégories. Une première catégorie est constituée par des contractions musculaires involontaires donnant lieu à des mouvements irréguliers de grande amplitude, se renouvelant constamment ou par accès et s'interrompant pendant le sommeil : ce sont des *mouvements choréiques*.

Une deuxième catégorie comprend des mouvements rythmés à grande amplitude et rentrant dans le cadre des *myorhythmies*.

Les *tremblements purs*, que l'on rencontre très rarement dans les cas qui nous occupent, seront tout naturellement étudiés à côté des rythmies.

Une quatrième catégorie comprend des contractions cloniques brusques, irrégulières, analogues à celles que produit une décharge électrique dans les muscles. Ces contractions peuvent porter sur un ou plusieurs muscles en totalité, ou sur quelques faisceaux de fibres musculaires. Ce sont des *myoclonies*.

Enfin, on observe une dernière catégorie de mouvements involontaires qui ont pour caractéristique d'être localisés au niveau de la face. Ils mettent en jeu toute une série de muscles qui coordonnent leur action pour arriver à reproduire un acte physiologique. Nous voulons parler du *bâillement*, du *rire* et du *pleurer spasmodiques*.

Dans 1 cas, on signale, associés à des myoclonies, des mouvements lents antibrachiaux ressemblant un peu à des mouve-

ments athotésiques. Mais ce cas unique est si peu net que nous ne pouvons le retenir pour en faire un chapitre à part.

Enfin, il est des cas à ce point *complexes* qu'il est impossible de les faire entrer dans une classification : nous en parlerons dans un paragraphe final.

I. — Mouvements choréiques.

Nous en avons réuni 11 cas qui se répartissent également entre les deux sexes. Parmi eux, 2 ont trait à des enfants âgés respectivement de 6 et de 9 ans. Les 9 autres se rapportent à des adultes de 22 à 50 ans.

D'après les observations dont nous avons eu connaissance, on peut les caractériser ainsi :

Ce sont des mouvements involontaires. Le malade ne peut les arrêter, quelque procédé qu'il emploie. Le maximum de ce que peut obtenir le sujet d'une des observations, en concentrant toute sa volonté et en contractant ses muscles, c'est une sédation de quelques secondes. D'autre part, ils ne se produisent pas spécialement à l'occasion d'un mouvement volontaire, mais indifféremment pendant le repos et l'activité. Cependant, nous trouvons noté dans certains cas que lorsque le malade exécute des actes rapides ou violents les mouvements choréiques s'atténuent. D'autre part, les émotions et les excitations extérieures peuvent les accentuer.

La position du sujet n'exerce sur leur production aucune autre influence qu'une influence purement mécanique. Il est bien évident que certains mouvements possibles dans la position debout cessent de l'être dans la position assise ou dans la position couchée. Mais tous les mouvements mécaniquement exécutable ne subissent aucune interruption.

Un autre caractère de ces mouvements est d'être continuels. Dans aucune observation, nous n'avons relevé de crises entrecoupées par des périodes de rémission, si courtes soient-elles. Seul le sommeil les interrompt d'une façon absolument constante.

Leur siège est variable, mais toujours assez étendu. Nous n'avons pas trouvé d'exemple de localisation à un seul membre ou à un segment de membre, à la face seule. Ils peuvent ne se rencontrer que dans une moitié du corps, réalisant le type de l'hémichorée. Mais le plus souvent, tout en prédominant d'un côté, ils empiètent sur l'autre. La face n'est le plus souvent pas épargnée.

Leur amplitude n'est pas uniforme. On trouve tous les intermédiaires entre les petits déplacements à peine gênants et les larges mouvements de tout un membre, du tronc, de la tête, etc., etc.

Ils sont le plus souvent assez lents, moelleux, sans brusquerie; plus rarement, ils sont brusques et peuvent même être extrêmement violents. On trouve un exemple de cette dernière modalité chez la malade de l'observation VII qui, de son poing gauche fermé, heurtait brutalement son creux sus-claviculaire du même côté. Ce mouvement se reproduisait avec une certaine régularité, de sorte qu'il y a lieu de se demander si l'on doit l'imputer à la chorée post-encéphalitique, ou s'il n'est pas plus exact de le considérer comme une myorhythmie associée à d'autres mouvements choréiformes. Quoi qu'il en soit de ce cas particulier, on peut considérer que, fréquemment, les mouvements choréiques post-encéphalitiques ont plus de brusquerie et de rapidité que les mouvements de la chorée ordinaire.

Un des grands caractères classiques qui appartiennent aux mouvements choréiques est d'être irréguliers dans le temps. Les mêmes mouvements arrivent bien à se répéter plusieurs fois au cours d'une journée, mais on ne peut trouver aucune périodicité dans leur reproduction, qui paraît entièrement livrée au hasard. Or, chez les malades qui nous occupent, il n'en est pas tout à fait de même. Les petits mouvements à faible amplitude sont bien complètement irréguliers. Mais les mouvements à grand déplacement le sont moins. Certes leurs localisations changent parfois d'un malade à l'autre, et d'un moment à l'autre chez le même malade. Mais si l'on poursuit l'observation pendant assez longtemps, l'on remarque que les mêmes

mouvements arrivent à se reproduire à des intervalles de temps assez réguliers. De même, on peut noter parfois un synchronisme entre les mouvements des divers membres. Par exemple, à un certain déplacement du membre inférieur correspond un certain changement d'attitude du tronc, un certain geste du bras du côté opposé, etc. En un mot, au lieu de l'arythmie perpétuelle que l'on note chez les choréiques ordinaires, nous observons ici un cycle morphologique rythmique qui se maintient sensiblement constant. Les contractions des muscles de la face eux-mêmes n'échappent pas complètement à cette loi. Nous ne retrouvons pas dans les grimaces la fantaisie échevelée à laquelle nous étions accoutumés.

Le caractère désordonné qui est celui des mouvements choréiques ne se retrouve pas ici non plus d'une façon absolument complète. Assurément, les contractions musculaires qui se produisent chez nos malades surviennent n'importe comment au cours d'un mouvement involontaire ou au repos, produisant un geste sans aucune adaptation fonctionnelle, duquel peut résulter une chute, le bris d'un objet, etc. De ce côté-là, ces syndromes choréiques post-encéphalitiques sont tout à fait classiques. Mais chez les autres choréiques, les gestes ne simulent à peu près jamais un des ensembles complexes de mouvements coordonnés qu'exécute un individu normal en vue de se livrer à tel ou tel acte. Tandis qu'ici, par suite du synchronisme qui existe entre plusieurs contractions siégeant dans des groupes musculaires différents, nous assistons à quelques reproductions plus ou moins parfaites de gestes coordonnés. Par exemple; mouvement de course, geste de ramasser un objet à terre. Piltz rapporte de nombreux exemples de cette particularité chez ses malades : geste d'épousseter son veston, élévation du bras au-dessus de la tête, coup de poing dans son propre dos, en passant le bras derrière la tête, mouvements d'escrime, mouvements de reptation. Leur répétition arrive à donner à ces mouvements l'allure de gestes stéréotypés. Leur véritable nature n'est décelée que par la coexistence d'autres mouvements nettement choréiques.

Nous allons essayer de décrire maintenant quelques-uns des

aspects cliniques sous lesquels se présentent ces ensembles moteurs choréiques complexes, plus ou moins généralisés, à reproduction plus ou moins régulière, signalés chez les malades atteints de chorée post-encéphalitique.

Il y a d'abord la combinaison d'un mouvement de flexion ample d'une cuisse sur le bassin, avec flexion du genou, inclinaison du tronc en avant, abaissement de l'épaule du même côté, extension et abaissement du bras avec écartement des doigts, inclinaison latérale de la tête. Tout ceci exécuté lentement, gravement, comme si le malade décomposait le geste de courir en ramassant un objet à terre. A tel point qu'un spectateur non prévenu pourrait presque croire à une plaisanterie.

Un autre type est représenté par l'association d'un mouvement d'abduction et rotation de la cuisse, avec flexion du genou et bascule du pied, soit en avant, soit en arrière, élévation de l'épaule et flexion brusque et violente de l'avant-bras sur le bras, le poing étant fermé; le tout accompagné d'inclinaison de la tête, d'aspirations bruyantes et de grimaces.

Ou bien on observe le déjettement d'un côté des membres inférieurs légèrement fléchis accompagné de la rotation du côté opposé de la tête et du tronc préalablement portés en hyperextension.

Parfois, c'est la projection latérale brusque de la tête combinée avec l'élévation des épaules et la flexion du tronc en avant.

On trouve noté plusieurs fois la coïncidence de la flexion du genou avec un mouvement de bascule du pied.

Les mouvements de faible amplitude ne présentant pas, comme nous l'avons dit, cette tendance à la rythmicité, échappent à toute description d'ensemble et ne se différencient pas de ceux que l'on observe dans les chorées vraies.

On ne signale dans aucune observation de diminution de la force musculaire ni de paralysie, à l'exception de quelques reliquats paralytiques au niveau de la musculature extrinsèque de l'œil et des muscles du larynx. Par contre, dans l'observation VII, nous relevons l'existence de contractures permanentes portant

sur les muscles d'un des membres supérieurs. C'est là un fait tout à fait anormal dans la chorée, où au contraire on a noté dans plusieurs cas un certain degré d'hypotonie. Mais cette contracture n'est signalée qu'une seule fois, et chez une malade qui, à côté de phénomènes indubitablement choréiques, nous présente certains mouvements brusques, rapides et violents d'un membre, qui se différencient nettement du reste du syndrome. Comme c'est ce même membre qui est le siège de la contracture, il n'y a pas lieu de la retenir au compte de la chorée, tant que nous n'en connaissons pas d'autres exemples plus démonstratifs. Nous devons être d'autant plus réservés dans l'interprétation de ce fait que chez le malade de l'observation IV on note d'autres phénomènes de contracture auxquels les présentateurs attribuent nettement une origine pithiatique : il s'agit d'une plicature du tronc en avant, devenue presque impossible à redresser volontairement, ayant débuté un peu avant les mouvements choréiques et qui disparut au bout de trois mois, tandis que ceux-ci persistaient. Évidemment, rien ne nous autorise à attribuer une origine semblable aux phénomènes signalés dans l'observation VII, qui persistèrent partiellement même après la disparition des mouvements choréiques. Mais de tout ceci il faut retenir que des maigres éléments que nous possédons, il serait prématuré de tirer une conclusion et que la question de l'existence de contractures dans les chorées post-encéphalitiques reste entière. Cependant, à un degré beaucoup moindre, la simple hypertonicité musculaire serait presque de règle, d'après Piltz ; cet auteur affirme que chez presque tous ses malades il existe une certaine gêne des mouvements actifs et un peu de résistance à la mobilisation passive. Naturellement, nous mettons à part les malades chez qui un état figé parkinsonien accompagne la chorée. À lire les remarques de Piltz, il semblerait que, peu ou prou, tous les post-encéphalitiques présentent un état figé fruste. Il y a peut-être une légère exagération dans cette opinion. Néanmoins, nous la croyons vraie dans beaucoup de cas.

Dans aucune des observations on ne relève de troubles de la

sensibilité générale. On signale de l'anesthésie pharyngée chez un malade qui par ailleurs présentait des troubles pithiatiques. Il n'est parlé nulle part de troubles sensoriels.

Les réflexes cutanés, tendineux et musculaires sont notés comme conservés et normaux dans tous les cas.

Dans plusieurs observations, on signale quelques troubles psychiques légers : dépression, irritabilité, hypocondrie.

En ce qui concerne le liquide céphalo-rachidien, la plupart des observations le déclarent « normal ». Seule l'observation VII est plus explicite et donne les chiffres suivants : Albumine : 0 gr. 30 par litre; éléments cellulaires : 1,3 par millimètre cube, composés de lymphocytes.

La réaction de Bordet-Wassermann est toujours signalée négative dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

L'évolution de ces troubles ne semble pas tendre, dans la plupart des cas, vers une régression. Mais on ne possède pas encore suffisamment de cas suivis depuis longtemps pour pouvoir se faire une opinion ferme à ce sujet. Il faut se contenter d'exposer les faits. Sur 7 malades, 1 seul a vu disparaître totalement ses accidents au bout de vingt-neuf mois. 1 autre les a vus s'atténuer au bout d'un mois. Les 5 autres, après six semaines, trois mois, un an et deux ans, n'avaient éprouvé aucune amélioration.

Afin d'appuyer sur des faits les quelques remarques qui précèdent, nous rapportons ci-dessous 7 observations de séquelles choréiques de l'encéphalite épidémique. En outre, P. Marie et M^{lle} Lévy, dans leur communication de novembre 1918 à la Société médicale des hôpitaux de Paris, signalent 3 autres cas sur lesquels ils ne donnent aucun détail. Enfin, une huitième observation relate 1 cas où la chorée fait partie d'un syndrome tellement complexe, que nous l'avons reléguée dans la catégorie des cas « inclassables » (Obs. XXVIII).

OBSERVATION I

Pierre MARIE et M^{lle} Gabrielle LÉVY (Soc. neurol. de Paris, 3 avril 1919).

Joseph St..., 44 ans, contrôleur dans une usine, vient nous consulter, le 29 mars 1919, pour des mouvements involontaires singuliers des deux membres inférieurs survenus en août 1918.

Le 6 mars 1918, il a été pris d'un très grand malaise avec température aux environs de 38 degrés, insomnies et point de côté, sans toux ni expectoration.

Cet état fébrile a duré huit jours et le diagnostic de congestion pulmonaire fait au début a été nié par un second médecin appelé.

Le malade n'a jamais eu ni ptosis ni diplopie. Il dit seulement avoir beaucoup souffert de la tête et avoir eu la « vue trouble » au point de ne plus pouvoir lire le journal.

A la suite de ces phénomènes, il s'est trouvé dans un état de dépression si grand qu'il a gardé le lit pendant un mois et demi et qu'il est entré à l'hôpital à la suite de ce séjour au lit.

Cet état de fatigue accompagnée de céphalée s'est prolongé jusqu'à la fin de juillet, époque à laquelle il a quitté l'hôpital, ne présentant aucun mouvement anormal, affirme-t-il.

Dans les premiers jours d'août, il a remarqué qu'il levait anormalement sa jambe droite lorsqu'il marchait. Ce mouvement s'est accentué, d'autres mouvements ont gagné le membre supérieur droit.

Depuis le début de mars 1919 des mouvements analogues existent en outre dans le membre inférieur gauche.

Il ne se plaint de rien autre, dit n'avoir jamais eu de phénomènes douloureux, mais une sensation de vide dans la tête, persistante, et une diminution de l'acuité visuelle.

Vient consulter à la Salpêtrière, le 29 mars, pour des mouvements. On constate les faits suivants :

Le malade debout présente un mouvement fréquent à grandes oscillations de flexion de la cuisse droite sur le bassin s'accompagnant de contraction du jambier antérieur. En même temps, le tronc exécute une flexion plus ou moins ample et de façon synchrone.

l'épaule droite s'abaisse et les doigts de la main droite exécutent un mouvement d'extension et d'écartement.

Simultanément, la tête se penche un peu vers la gauche, légèrement éversée en arrière.

Au niveau du pied gauche, les orteils effectuent des mouvements d'extension et de flexion alternatifs, synchrones aux mouvements du pied droit.

Lorsqu'on demande au malade d'arrêter les mouvements, il se tient penché en avant, la tête toujours renversée, et ce repos dure quelques secondes.

Puis de petits mouvements de rotation en dehors et d'élévation de la cuisse droite reprennent en même temps que de très légers mouvements d'extension des doigts de la main droite. Et rapidement, les mouvements reprennent leur intensité et leur rythme antérieurs.

Lorsque le malade marche, il se produit une flexion très brusque et très ample de la cuisse, avec abaissement brusque du bras. Il semble se livrer à une fuite lente pendant laquelle il ramasse rythmiquement un objet sur le sol. La lenteur et l'amplitude des mouvements contrastent étrangement avec leur forme qui est celle d'une course dans laquelle le malade ne se déplacerait que très lentement; l'antinomie qui semble exister entre ces deux termes rend, jusqu'à un certain point, compte de la discordance constatée dans les mouvements. Mais, au contraire, si on le fait courir réellement, les mouvements anormaux disparaissent.

La station sur la jambe droite est possible sans difficulté. Il n'existe dans cette attitude que de petits mouvements de rotation du membre en dedans et une contraction du jambier antérieur.

Le tronc reste toujours fléchi en avant et un peu sur la droite, la tête éversée sur la gauche. Puis le malade se fatigue et les mouvements reprennent.

La station sur la jambe gauche est également possible. Dans cette attitude, les mouvements de flexion du membre inférieur droit sont diminués dans leur amplitude. De façon synchrone se produisent les mouvements de la main droite et du pied gauche.

Lorsque le malade est assis, les mêmes mouvements sont exécutés, mais il se produit, en outre, une flexion fréquente et tout à fait semblable du membre inférieur gauche.

Lorsque le malade est allongé, il reste pendant un certain temps à peu près complètement immobile. On n'observe guère que l'extension des doigts de la main droite.

Dès qu'on le fait parler, les mouvements réapparaissent dans tout leur développement. Ils sont d'ailleurs toujours provoqués par la conversation ou par une excitation extérieure.

Ces mouvements disparaissent pendant le sommeil.

L'examen neurologique ne révèle aucun signe objectif permettant la constatation d'une lésion, cependant les réflexes tendineux sont vifs et légers, plus vifs du côté droit.

Le liquide céphalo-rachidien est normal. Le Wassermann est négatif dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang. Aucun trouble de la sensibilité aux divers modes.

Personne, dans sa famille ou son entourage, n'a présenté rien d'analogue. Il a toujours été nerveux, mais il dit n'avoir subi aucun choc physique ou moral qui puisse permettre d'attribuer une origine névropathique à ces troubles.

Depuis lors, les mouvements n'ont cédé à aucun traitement. Le malade, revu régulièrement et encore ces derniers jours, est encore (juin 1920) dans le même état. Tout au plus pourrait-on dire que l'amplitude de ses mouvements est un peu moindre. Lui aussi se cachectise lentement, devient extrêmement irritable et triste.

Le seul aspect des mouvements est d'ailleurs tellement anormal qu'ils font de lui un personnage ridicule pour un public non averti, et attirent immédiatement l'attention. On dirait une mimique intentionnelle et coordonnée.

OBSERVATION II

Pierre MARIE et M^{lle} Gabrielle LÉVY (Soc. neurol. de Paris, 3 avril 1919).

Reine V..., 22 ans. A présenté, en février 1918, des troubles qui l'ont retenue au lit pendant une quinzaine de jours et qui se sont manifestés par une somnolence irrésistible, une impossibilité de relever les paupières et des troubles de la vision, sans diplopie cependant. Elle ne sait pas si elle a eu de la fièvre.

Elle aurait vu trouble pendant deux nuits et le ptosis aurait duré quinze jours.

Il n'y a eu ni céphalée ni vomissements.

Trois mois après le début de ces troubles est apparu un petit tremblement involontaire, d'abord intermittent, puis constant au bout d'une huitaine de jours, dans la jambe gauche.

Ces mouvements se sont accentués, il s'en est produit d'autres, et lorsqu'elle vient consulter à la Salpêtrière, en septembre 1918, l'état est le suivant :

Il existe de petits mouvements choréiformes des deux pieds et des deux jambes, du bras gauche, du cou et parfois du tronc.

On observe aussi de petits mouvements très fins des commissures avec, par moments, une contraction fugace et fine du peaucier gauche. De temps en temps, il se produit une secousse plus marquée dans tout le côté gauche du corps, qui achève de donner à l'ensemble un aspect désordonné et choréique.

Les mouvements sont d'ailleurs prédominants au côté gauche.

Aucun signe organique appréciable. Ponction lombaire normale, Wassermann négatif dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang.

Ces mouvements ont persisté et existent encore actuellement (juin 1920), mais de moindre intensité cependant.

OBSERVATION III

Pierre MARIE et M^{lle} Gabrielle LÉVY (Soc. neurol. de Paris, 5 juin 1919).

Alfred M..., 39 ans. A eu, en novembre 1918, une première atteinte de grippe à forme pulmonaire, avec forte fièvre, qui l'a tenu au lit pendant six jours, mais dont il s'est immédiatement et complètement remis, du moins en apparence.

Le 1^{er} février 1919, il a été pris d'un très grand malaise qui s'est accompagné au bout de quelques heures de diplopie.

La nuit suivante, il aurait eu une impossibilité complète d'uriner et jusqu'au 7 février la lassitude, la diplopie et la difficulté de la

miction et de la défécation se sont maintenues avec un sommeil constant. Le malade dit n'avoir pas eu de ptosis.

A partir du 7 février, il a éprouvé en outre « une raideur de la nuque » extrêmement marquée.

Le malade dit n'avoir pas eu de fièvre (?)

La diplopie, puis les troubles sphinctériens ont rétrocedé au bout de quelques jours. La raideur de la nuque disparut aussi et le malade quitte l'hôpital le 23 février, apparemment guéri.

Le 26 février, il remarque qu'il a des mouvements anormaux de déduction de la mâchoire.

Au bout de huit jours, les mouvements disparaissent, mais d'autres apparaissent au niveau du cou.

Dans les premiers jours d'avril, les mouvements des jambes apparaissent, et l'état actuel est constitué.

Le 8 mai 1919, un an après l'apparition des troubles, le malade vient consulter à la Salpêtrière et l'on observe les phénomènes suivants : L'aspect du malade est, à première, vue celui d'un homme atteint de chorée chronique. Mais cependant une observation plus attentive décèle une certaine rythmicité dans ces mouvements.

Ceux-ci consistent en une projection brusque de la tête presque toujours en arrière et à droite, mais parfois aussi vers la gauche.

Ils s'accompagnent de petites saccades élévatoires de l'épaule droite, parfois des deux épaules. En même temps, il s'effectue une flexion brusque du thorax en avant.

Les membres inférieurs exécutent aussi des mouvements d'extension et de flexion alternant au niveau du genou et des orteils.

La jambe gauche présente, en outre, par moments une brusque flexion du genou, à laquelle succède presque toujours une bascule du pied en arrière, avec station sur le talon seul, ce qui fait perdre l'équilibre au malade.

Les mouvements ne subissent pas de transformations intéressantes dans les différentes attitudes. Ils s'atténuent beaucoup, mécaniquement d'ailleurs, dans le décubitus dorsal.

Il faut noter que, au dire du malade, une marche prolongée ou une course rapide peut atténuer les mouvements et même une fois les a fait disparaître pendant quelques heures.

L'examen du malade ne révèle aucun signe objectif appréciable, sauf une absence du réflexe du voile.

La ponction lombaire est normale, le Wassermann négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Le malade a toujours été nerveux, mais n'a présenté à aucune période de sa vie ni maladie, ni manifestation nerveuse, à proprement parler, quelconque.

Il n'existe, ni dans sa famille, ni autour de lui, rien d'analogue. Il n'a subi aucun choc moral antérieur à l'apparition des mouvements.

OBSERVATION IV

PAPIN, DÉNÉCHEAU et Ch. BLANC (Soc. méd. des hôp. de Paris, 4 juillet 1919).

Ch... (Louis), âgé de 23 ans, cordonnier à Angers, entre à l'hôpital le 19 mars 1919. Ses antécédents héréditaires sont bons. Personnellement, il a eu le croup à 5 ans, puis, à 14 ans, une première attaque de rhumatisme articulaire aigu. Depuis, les crises rhumatismales se sont manifestées plusieurs fois, sans entraîner toutefois de complications cardiaques, sans jamais être suivies de chorée. De constitution peu robuste, Ch... a été ajourné cinq fois au cours de la guerre.

C'est le 14 mars 1919 que l'on retrouve les premières manifestations de la maladie actuelle. Rentrant de son travail, le malade est pris, le soir après dîner, de palpitations et d'oppression. Il souffre d'un violent mal de tête. Il se couche, mais ne peut dormir de la nuit. Il retourne cependant le lendemain à sa fabrique, mais en fin de journée il revient courbaturé de partout, frissonnant. Il s'alite le soir même; la céphalée persiste, une torpeur l'envahit; le lendemain, 16 mars, commence à se manifester une irrésistible envie de dormir. Ses yeux se fermaient malgré lui.

Le 17 mars, la somnolence s'accroît, le malade ne prend aucune nourriture.

Le 19 mars, l'entourage du malade, inquiet de le voir dormir presque sans interruption depuis trois jours, se décide à faire appeler un médecin qui le fait entrer à l'hôpital.

Nous examinons Ch... pour la première fois le 20 mars. Nous le trouvons étendu sur son lit, la tête légèrement renversée en arrière et inclinée à droite. Il dort, mais notre examen le réveille facilement. La face est pâle, le masque sans expression. Pas un pli du visage ne bouge. Les deux paupières sont tombantes et si on lui commande de regarder en haut, il ne corrige que très incomplètement ce ptosis bilatéral. Son front ne se plisse même pas. Il n'essaie pas, pour mieux voir, de renverser la tête en arrière. L'examen de la musculature externe de l'œil permet de constater une paralysie portant à la fois sur le droit inférieur et le grand oblique des deux côtés. Le mouvement d'abaissement du globe oculaire est impossible; quand le malade essaie de regarder en bas, sa pupille ne descend pas au-dessous du plan horizontal. Tous les autres mouvements oculaires d'élévation, d'abduction et d'adduction sont normaux. On n'observe pas de nystagmus; le malade n'accuse pas de diplopie, ni même aucun trouble visuel.

Nous recherchons les réactions pupillaires. Elles sont normales en ce qui concerne le réflexe lumineux et l'accommodation.

La déglutition des aliments et des boissons se fait bien, mais la langue semble parésinée, ses mouvements sont maladroits, limités; il y a de la gêne dans l'articulation des mots, qui n'est pas distincte. Le malade a lui-même conscience de remuer sa langue moins facilement que d'habitude.

La force musculaire n'est pas diminuée, mais la raideur est évidente aux membres inférieurs seulement. On le constate dans les mouvements de flexion et d'extension. Le Kernig est positif des deux côtés. On ne trouve pas de raideur de la nuque. Les réflexes tendineux sont normaux aux membres supérieurs, les réflexes patellaires sont exagérés, les achilléens normaux. Les réflexes cutanés (abdominal, anal, crémastérien) sont normaux. Il existe une anesthésie pharyngée remarquable. Par ailleurs, on ne constate aucun trouble objectif de la sensibilité.

Au point de vue psychique, le malade est déprimé, apathique; il répond avec un certain retard et brièvement aux questions. La compréhension semble diminuée, l'indifférence est complète, l'activité volontaire est nulle. Cet état frappe vivement l'entourage du malade qui l'estimait comme un excellent ouvrier, travailleur et gai.

Du côté de l'appareil digestif, il faut noter un amaigrissement léger, de l'inappétence, un état saburral de la langue. Les selles sont régulières et normales. On ne constate pas de vomissements. Les urines, normales en quantité, ne contiennent ni albumine, ni sucre.

Les battements cardiaques sont réguliers et bien frappés à 84. La température est aux environs de 37 degrés.

La ponction lombaire est pratiquée aussitôt; l'aiguille ramène un liquide limpide dans lequel l'albumine et le sucre existent à l'état de traces faibles. Une lymphocytose faible est constatée à l'examen du culot de centrifugation. Pas de microbes visibles. La réaction de Wassermann est négative. Le malade reste en traitement à l'Hôtel-Dieu une vingtaine de jours au cours desquels les symptômes s'atténuent progressivement. La somnolence disparaît complètement au bout du dixième jour. Le ptosis double, plus ou moins marqué suivant les jours, a presque complètement disparu quand il quitte l'hôpital, très amélioré, le 10 avril. Il subsiste seulement une certaine limitation des mouvements du globe oculaire dans l'abaissement et quelques troubles de la marche au niveau de la jambe gauche qui est un peu traînée en marchant.

Nous ne le revoyons que le 1^{er} juin. Interrogé sur ce qui lui est advenu depuis sa sortie de l'hôpital (dix semaines), Ch... nous raconte que deux jours à peine après sa sortie, il s'est senti la tête lourde, gênée, avec besoin irrésistible de la mouvoir à droite et à gauche.

Peu après, il prend insensiblement une attitude penchée, presque à angle droit, véritable plicature droite non constante, mais déjà difficile à redresser volontairement. Il doit marcher avec une canne. Toutefois, à aucun moment il n'est tombé. Ces phénomènes s'accompagnent de poussées rhumatoïdes très nettes à l'articulation tibio-tarsienne gauche, puis à l'épaule droite.

Enfin apparaissent les mouvements choréiques qui l'agitent sans interruption depuis plus d'un mois et qui l'obligent à entrer à l'hôpital le 1^{er} juin.

A cette date, le malade nous paraît un peu amaigri. Il présente des mouvements toujours identiques à eux-mêmes, à prédominance gauche. Ils commencent par une extension du buste qui se redresse,

puis la tête s'étend et s'incline à gauche, enfin les membres inférieurs fléchis légèrement se rejettent à droite tandis que le tronc s'étend davantage avec rotation à gauche. Pour produire ces mouvements complexes, une série de muscles entrent en jeu, et si certains d'entre eux semblent agir d'une façon coordonnée d'autres se contractent d'une façon arythmique et réellement désordonnée, entraînant des grimaces, ridant la joue gauche, déviant la bouche de ce même côté. Enfin les orteils sont animés de mouvements de même ordre, et les muscles du tronc se contractent isolément, sans ordre, à la façon d'une chorée véritable.

Fonctionnellement, le malade, s'il ne casse pas les objets dont il se sert, reste inhabile et gêné pour manger et boire. Quand il est couché, ces contractions ne lui laissent aucun repos. Ses pieds repoussent les couvertures; les mouvements cessent seulement avec le sommeil.

Il s'agit d'une chorée véritable en un mot, associée d'une part à une poussée articulaire chez cet ancien rhumatisant, et d'autre part à des troubles pithiatiques, tels certains tics de la face et du cou.

L'examen des réflexes les montre normaux, réflexes tendineux, cutanés, anal, oculaires. Il n'existe aucune trace de paralysie oculaire tant de la musculature externe que de la musculature interne.

27 juin : Trois mois et demi après le début, le malade garde des mouvements anormaux très marqués, nettement et uniquement choréiques, les troubles pithiatiques, plicature, mouvements de la tête, etc., étant disparus ou très atténués. Les contractions choréiques se voient au niveau du trapèze, des extenseurs de la tête, des fléchisseurs, extenseurs, adducteurs et abducteurs des orteils, des muscles sus-hyoïdiens, elles constituent pour ce malade des séquelles de son affection.

OBSERVATION V (résumée).

AVIRAGNET, Armand DELILLE et Pierre MARIE (Soc. méd. hôp. de Paris, 21 mai 1920).

Fillette de 9 ans. Après une courte période de fièvre et de somnolence, elle présente progressivement un syndrome choréique si

typique qu'il fallait penser au premier abord à une chorée de Sydenham. Ce syndrome s'accompagnait de paralysie de la musculature intrinsèque et extrinsèque de l'œil et d'une paralysie de la corde vocale gauche se traduisant par une aphonie complète, paralysies qui, jointes aux commémoratifs, permirent de faire le diagnostic d'encéphalite épidémique. Le liquide céphalo-rachidien était normal, sans augmentation du taux du glucose. Ce syndrome choréique persista plus d'un mois, laissant comme séquelles quelques mouvements choréiformes.

OBSERVATION VI (résumée).

SOUQUES et LAÇOMME (Soc. méd. hôp. de Paris, 16 juillet 1920).

Fillette de 6 ans. Elle offre tous les symptômes de la chorée de Sydenham classique. Pas de température. Les mouvements involontaires et incoordonnés qui ont débuté d'une manière insidieuse et évolué lentement, durent depuis six semaines (au 16 juillet 1920). Ils sont apparus quelques jours après la terminaison d'une encéphalite léthargique.

OBSERVATION VII

Pierre MARIE et M^{lle} Gabrielle LÉVY (*Rev. neurol.*, juin 1920).

Isabelle P..., 40 ans, couturière, vient nous trouver, le 8 juillet 1919, pour des mouvements involontaires survenus en juin 1918, un an auparavant.

Vers le 23 février 1918, elle aurait eu un « chaud et froid » manifesté par de la fièvre (aux environs de 38 degrés), une forte céphalée et des douleurs abdominales (secousses myocloniques?).

Elle est restée huit jours au lit, n'a présenté ni somnolence, ni troubles oculaires.

Au bout de huit jours, elle a pu se lever et reprendre son travail. Elle était à ce moment chauffeuse d'auto. Sa santé était donc redevenue tout à fait normale en apparence.

Le 10 mars suivant, elle a fait une chute sur le dos, à laquelle elle

attribue une douleur de la région thoracique gauche, qui aurait duré un mois.

Après quoi, la santé est de nouveau redevenue normale.

Enfin, le 1^{er} juin 1918, elle a été prise d'une douleur légère au niveau de la face dorsale du pied gauche, qui s'est accompagnée d'une légère tuméfaction. En même temps apparaissent des mouvements involontaires (qu'elle ne peut pas préciser) de ce pied. Quinze jours après, les mouvements de ce pied sont devenus plus intenses et des mouvements sont apparus dans la jambe gauche. Deux mois après, les mouvements ont gagné le bras.

Enfin, en février 1919, sont apparus des mouvements involontaires du cou et de la face.

La malade affirme qu'il n'y a jamais eu de mouvements du côté droit. Elle est mariée, n'a jamais fait de fausses couches; un enfant, mort à 4 ans de méningite tuberculeuse. N'a eu aucune maladie antérieure; n'a présenté, à aucun moment de sa vie, de mouvements anormaux.

N'a vu personne, ni dans sa famille, ni dans son entourage, atteint de mouvements analogues.

Aucun antécédent nerveux familial.

A subi une hystérectomie, il y a huit ans.

Quand on l'examine, on observe les faits suivants :

Il existe un mouvement de très grande amplitude, rythmique, très fréquent, des deux membres gauches, de la face et du cou.

La jambe gauche, tenue en abduction, exécute un mouvement de rotation externe, puis interne. Ce mouvement s'accompagne d'une flexion légère du genou et d'un mouvement de bascule du pied, tantôt sur la pointe, tantôt sur le talon.

Ce mouvement se manifeste avec une telle violence que, dans la station debout, la malade risque fréquemment de tomber.

En même temps, et de façon tout à fait synchrone, l'avant-bras gauche est fléchi, l'épaule se relève et le poing, hermétiquement fermé, vient frapper violemment le creux sus-claviculaire gauche, parfois le droit.

Pour éviter ce choc, et les meurtrissures qui en résultent, la malade maintient sans discontinuer son bras gauche avec sa main droite.

En même temps encore, la tête est fléchie sur le cou tantôt à droite, tantôt à gauche, pendant qu'une contorsion généralisée se manifeste au niveau de la face.

La bouche s'ouvre, aspire violemment, produisant une sorte de hémage, suivi immédiatement de l'occlusion de la bouche. Simultanément les yeux se ferment violemment et les zygomatiques se contractent.

Aucun mouvement au niveau du corps à droite. Aucune autre localisation en dehors de celles-ci.

Quand on fait asseoir la malade, une légère sédation apparente, due aux différentes conditions mécaniques des membres, se produit.

Quand on la fait marcher, les mouvements conservent leur aspect, mais prennent une amplitude telle que la démarche est caricaturale. Quand elle est couchée, les mouvements restent sensiblement les mêmes.

Ces mouvements disparaissent pendant le sommeil. Ils sont exagérés par les émotions et toutes les excitations extérieures, une simple conversation par exemple.

La malade dit souffrir beaucoup de l'épaule gauche.

A l'examen spécial du système nerveux, on constate : Force segmentaire tout à fait normale au niveau du membre supérieur droit et au niveau des deux membres inférieurs. Au niveau du membre supérieur gauche, les doigts de la main sont tenus violemment et constamment fléchis dans la paume, le pouce en dehors. La contracture des doigts est telle qu'on la réduit avec peine et qu'il est impossible de rechercher la force de ce segment. De même, contracture en flexion de l'avant-bras, à peine réductible au delà de l'angle droit, rendant encore là la recherche de la force segmentaire impossible.

Mouvement de flexion de l'avant-bras, mouvements du poignet et de l'épaule normaux en apparence, mais le mouvement constant en gêne beaucoup la recherche, dont ils compromettent le résultat.

Réflexes rotuliens : Plutôt faibles, obtenus à l'aide de la manœuvre de Jendrassik seulement. Réflexes radiaux normaux. Tricipital : Normal à droite, n'est pas obtenu à gauche à cause de la contracture et des mouvements. Réflexes achilléens normaux, sensiblement égaux quand on peut faire céder la contracture à gauche. Plantaires

en flexion des deux côtés. Réflexes pupillaires à la lumière paresseux mais existent. Réflexes cornéens existent des deux côtés. Réflexe du voile et réflexe pharyngé normaux.

Pas de troubles de la musculature oculaire. Langue tirée normalement, ne présente que très peu de mouvements.

Examen cérébelleux : Épreuve du doigt sur le nez complètement impossible à gauche à cause de la contracture du membre, normalement exécutée à droite.

Les épreuves au niveau du membre inférieur sont normalement exécutées des deux côtés, avec une sûreté et un calme contrastant avec l'agitation énorme de la portion supérieure du corps.

Aucun trouble appréciable de la sensibilité aux divers modes.

Ponction lombaire pratiquée le 16 juin 1919 : Albumine, 0 gr. 30 ; lymphocytes, 1,3. Wassermann négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

La malade restée alitée à la Salpêtrière jusqu'en février 1920. Les mouvements ne cèdent à aucune thérapeutique. La malade se cachectise sous l'influence de la fatigue musculaire.

Les mouvements sont tels qu'on essaie même, au bout de quelque temps, de lui attacher le bras gauche. Mais on provoque ainsi une douleur insupportable.

Les mouvements subsistent jusqu'en novembre 1919. Brusquement, ils diminuent d'amplitude et l'amélioration progressive de l'état général survient à mesure que les mouvements diminuent et que les contractures disparaissent.

Mais la malade garde une grande raideur des doigts qui ne s'étendent pas seuls. Elle souffre du bras gauche et conserve une faiblesse des deux membres gauches en février 1920, alors qu'elle quitte l'hôpital, complètement débarrassée de ses mouvements. Ceux-ci ont duré de juin 1918 à novembre 1920.

La malade n'a pas été revue depuis son départ, car elle habite Luxeuil.

II. Les myorhythmies.

Après les phénomènes choréiques, les mouvements involontaires post-encéphaliques les plus souvent signalés sont caractérisés par une périodicité régulière dans leur reproduction qui les fait incontestablement rentrer dans le cadre des rythmies ainsi définies par le professeur Cruchet : « *Les rythmies sont des mouvements simples ou combinés qui, chez un sujet donné et pendant un certain temps, se reproduisent sensiblement identiques à eux-mêmes, en nombre, en vitesse, en intensité, et se succèdent à des intervalles de temps égaux* » (*La pratique des maladies des enfants*, t. V, p. 602).

L'élément caractéristique de ces mouvements est donc l'égalité des intervalles de temps qui les séparent les uns des autres, la durée de ces intervalles n'important pas. Selon donc que celle-ci sera plus ou moins grande, nous aurons des cadences rapides et des cadences lentes. De même, l'amplitude du mouvement, sa rapidité d'exécution peuvent être quelconques pourvu qu'elles soient constantes. Dans le cas qui nous occupe, on trouve fréquemment un syndrome caractérisé par des déplacements segmentaires lents, de grande amplitude, à faible fréquence, siégeant à la racine des membres. C'est de ce syndrome que Pierre Marie et M^{lle} Lévy ont fait une entité nosographique à part, à laquelle ils ont donné le nom de *bradycinésies*. Nous n'adopterons pas pour notre part cette dénomination, car elle a été utilisée avant eux par le professeur Cruchet pour désigner tout autre chose, à savoir : la lenteur des mouvements des pseudo-parkinsoniens post-encéphaliques « figés ». Il y a là un incontestable droit de priorité qu'il convient de respecter. C'est pourquoi, pour éviter toute équivoque, nous décrirons simplement des myorhythmies lentes à grande amplitude et des myorhythmies à faible amplitude.

Nous avons dit que parmi les polyclonies post-encéphaliques, les cas de rythmies étaient les plus fréquemment signalés avec les cas de chorée. Sur un total de 42 polyclonies, nous trouvons 11 rythmies, soit 26 p. 100.

C'est à l'*âge* adulte qu'on les rencontre le plus fréquemment, mais on les observe aussi chez les enfants. Sur 7 malades dont l'âge nous est connu, il y a 2 enfants âgés respectivement de 6 et de 7 ans 1/2 et 5 adultes de 23 à 41 ans.

Le *sexe* masculin est de beaucoup le plus fréquemment atteint. Sur 8 cas de sexe connu, nous relevons 5 cas masculins et seulement 3 cas féminins.

A l'inverse des mouvements choréiques, qui sont presque toujours généralisés ou au moins bilatéraux, les rythmies sont fréquemment *unilatérales*, constituant des hémimyorhythmies qui englobent les deux membres d'un même côté et s'étendent fréquemment à la tête et au cou. Sur nos 11 cas, il y en a 4 où la localisation n'est pas indiquée. Sur les 7 autres, on relève dans 1 seul cas une généralisation des contractions; dans 1 autre, après avoir été limitées à un côté, elles se sont généralisées. Enfin, les 5 restantes sont des hémimyorhythmies. Toutes les 5 portent sur le côté droit.

Ces mouvements rythmés existent le plus souvent seuls, indépendamment de toute autre séquelle. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi. Sur les 11 cas, on note trois fois la coexistence d'un syndrome parkinsonien. Celui-ci occupe en général la moitié du corps respectée par la rythmie. Et quand elle est généralisée, il est moins intense du côté qui est le siège des mouvements involontaires.

Dans 1 autre cas, qui fait l'objet de l'observation XI, nous relevons la coexistence de séquelles psychiques concomitantes suffisamment marquées pour mériter quelques détails. Il s'agit, chez une enfant de 7 ans 1/2, d'une instabilité psychique sans affaiblissement de l'intelligence. Il est presque impossible de fixer l'attention de la petite malade. Celle-ci en oublie de manger pour s'intéresser aux choses qui l'entourent. Cette instabilité psychique conditionne une instabilité motrice très accentuée qui se manifeste par de l'agitation, des grimaces, des gestes désordonnés, qui font penser dès l'abord à de la chorée. Il n'en est rien cependant, car si par des paroles énergiques, voire des menaces, on fixe son attention, ces mouvements désordonnés

cessent complètement. A côté et indépendamment de ces troubles psycho-moteurs existe chez cette enfant une rythmose dont nous reparlerons plus loin.

Ces mouvements rythmés présentent un certain nombre de *caractéristiques* que nous allons passer en revue.

Tout d'abord, ils ne sont influencés en rien par la volonté. Le sujet ne peut pas plus les arrêter que les faire naître.

Les mouvements volontaires n'ont en général pas d'influence sur les myorhythmies. Cependant il n'en est pas toujours ainsi. C'est ainsi que chez le petit malade de l'observation XIII, qui présente des mouvements cadencés des deux épaules, la marche interrompt ces mouvements qui reprennent aussitôt que l'enfant est arrêté. Par contre, chez la malade de l'observation XI, les secousses musculaires de la face sont augmentées en nombre et en intensité à l'occasion de tout mouvement volontaire, du rire par exemple. Les faits que nous avons pu recueillir sont donc entièrement contradictoires et il nous est impossible pour le moment d'en tirer une conclusion. Nous ne pouvons que constater.

En second lieu, ces mouvements sont constants. Ils ne procèdent pas par crises séparées par des intervalles de repos, mais se répartissent uniformément dans le temps.

Ils ne sont pas interrompus par le sommeil. C'est là un de leurs grands caractères, qui les différencie nettement des mouvements choréiques, même si ceux-ci ont une tendance au rythme. C'est du reste un fait absolument classique, et les rythmies du sommeil ont été depuis longtemps bien étudiées et maintes fois décrites.

La position du malade ne paraît pas avoir sur eux d'autre influence qu'une influence mécanique. Ce que nous avons dit à propos des mouvements choréiques est applicable ici.

Nous avons jusqu'à présent employé le terme de « mouvements » pour désigner ces phénomènes. Cette appellation est exacte pour la presque totalité des cas, mais non pour tous. Car si, le plus souvent, les contractions musculaires sont assez énergiques pour entraîner le déplacement d'un segment de membre,

parfois elles sont insuffisantes pour produire un effet moteur; elles ne se manifestent alors que par un durcissement, appréciable à la main, d'un muscle que l'on voit en même temps se dessiner sous la peau. Cette modalité atténuée peut être primitive, ou bien succéder à des contractions productrices de mouvement, dont elle n'est alors qu'une phase régressive. Il faut remarquer que nous n'avons en vue en ce moment que des contractions totales, en masse, d'un ou de plusieurs corps musculaires. Il ne faut pas les confondre avec les contractions partielles, fibrillaires, que l'on peut observer également; elles constituent une autre catégorie de clonies, connues sous le nom de myokymies, que nous étudierons plus loin.

Nous allons maintenant passer en revue les aspects cliniques que prennent ces rythmies chez les anciens encéphalitiques. Pour cela, nous envisagerons séparément les mouvements à cadence lente et à grande amplitude et les mouvements à cadence rapide et à faible amplitude.

§ 1. — **Myorhythmies à cadence lente et à grande amplitude portant sur la racine des membres.**

A lire les observations que nous avons pu en réunir, il semble qu'elles soient presque toutes calquées les unes sur les autres. Le phénomène fondamental que l'on retrouve presque toujours chez ces malades, seul ou accompagné d'autres troubles inconsistants, consiste en un mouvement brusque, mais assez lent, de grande amplitude et de faible fréquence, de flexion de la cuisse sur le bassin, avec flexion du genou et mouvements du pied et des orteils consistant, soit en flexion, soit en extension, souvent les deux alternativement. C'est ce geste qui a le plus frappé les observateurs; ils le comparent, dans la station debout à un piaffement, dans la position couchée à la réaction de défense par retrait du membre que réveille le grattage de la région plantaire.

Il est à remarquer qu'ici on ne signale pas d'abaissement synchrone du tronc, comme dans certains mouvements choréiques. Il n'y a pas de geste de Salaam.

Cette flexion de la cuisse peut être pure, directe, ou bien combinée à un mouvement de rotation interne ou externe avec abduction ou adduction.

Dans un certain nombre de cas, elle ne s'accompagne pas d'autres mouvements. Mais parfois elle est associée à différents gestes synchrones. Par exemple, l'élévation lente jusqu'à l'horizontale du bras homonyme; ou bien l'élévation de l'épaule seule. Ou encore l'inclinaison de la tête du côté atteint; enfin des contractions des muscles de la face, de la bouche (déduction de la bouche avec relèvement des muscles de la louppe du menton).

§ 2. — **Myorhythmies à cadence rapide et à faible amplitude.**

Ces phénomènes, plus rares que les précédents, ne se prêtent pas comme eux à une description d'ensemble, tant ils sont disparates.

Dans 1 cas, nous trouvons décrites des contractions rythmiques, électriques, des muscles innervés par le facial du côté droit chez une enfant de 7 ans 1/2. Objectivement, à chaque secousse, on observait sur le visage de la petite malade une élévation du sourcil avec occlusion de la fente palpébrale et plissement du front, déviation à droite de la commissure labiale, creusement du sillon naso-génien et élévation de la narine correspondante, avec contraction unilatérale des muscles du menton, de l'auriculaire supérieur et du peaucier du cou.

Ces contractions se reproduisaient toutes les secondes, correspondant par conséquent à ce que le professeur Cruchet appelle le type respiratoire accéléré. Les émotions, le rire, l'électrisation les accéléraient momentanément, mais elles ne tardaient pas à revenir à leur rythme normal.

Dans 1 autre cas, on signale chez une femme parkinsonienne, à côté d'autres rythmes (Obs. XII), des secousses brusques et rapides du muscle grand dorsal droit, sans effet moteur. Elles se reproduisaient soixante-quinze à quatre-vingts fois par minute, donc selon le type respiratoire rapide du professeur Cruchet.

Cette même malade présentait, en outre, au niveau du muscle deltoïde droit, des contractions *fasciculaires* en ondes rythmées synchrones aux contractions du grand dorsal, siégeant dans les faisceaux latéraux et postérieurs du muscle. Ce phénomène est assez difficile à classer, car il offre des caractères appartenant à des catégories différentes de clonies : le rythme le rapproche des myorhythmies, le caractère fasciculaire des contractions en fait une myokymie. Or, ces dernières, qui sont une sous-classe des myoclonies, ont, comme celles-ci, pour caractère distinctif d'être arythmiques. Ce simple petit fait montre combien sont, en général, complexes et anormales les clonies post-encéphaliques.

Enfin, chez un enfant de 6 ans, on relève des secousses rythmées, également du type respiratoire rapide (soixante seize par minute), siégeant sur les muscles des deux épaules ; assez violentes, elles projettent les bras en avant tandis qu'ils sont écartés du thorax. Suivant qu'elles coïncident avec l'expiration ou l'inspiration, elles les rendent plus bruyantes sans que cependant le diaphragme soit troublé en rien dans son fonctionnement. Elles disparaissent dans la marche pour reparaitre aussitôt que le malade s'arrête.

Nous ferons remarquer ici que sur les 3 cas de myorhythmies rapides que nous avons pu réunir, 2 ont trait à des enfants. Ces 2 cas sont les seuls où l'affection se présente à l'état pur et où elle soit primitive. Chez la femme de l'observation XII, les secousses musculaires du grand dorsal droit sont un reliquat de contractions beaucoup plus intenses et plus étendues de l'épaule, et coexistent avec toute une série d'autres mouvements. Sans qu'on puisse tirer de conclusion d'un aussi petit nombre d'observations, on peut cependant se demander si cette forme n'est pas, jusqu'à un certain point, particulière à l'enfance, ou du moins prédominante chez elle.

Au point de vue des troubles concomitants, on trouve notés dans ces deux formes des faits intéressants. C'est d'abord une exagération des réflexes tendineux plus ou moins accusée mais parfois très nette. Parfois, on note également l'existence des

réflexes ostéo-périostés. Le réflexe des orteils au grattage de la plante n'est jamais signalé en extension. Dans 1 cas, on signale du clonus de la rotule. L'excitabilité électrique est fréquemment exagérée.

On trouve noté dans plusieurs observations un état de légère contracture musculaire permanente qui rend les mouvements volontaires lents et malhabiles et oppose une certaine résistance aux essais de mobilisation passive; cette hypertonie peut même fixer le sujet dans certaines attitudes vicieuses (Cf. Obs. XIII). Il ne faut pas confondre ce phénomène avec l'état figé pseudo-parkinsonien, qui existe dans certains cas, et qui est facile à reconnaître à première vue.

Enfin, dans 1 cas, on signale une instabilité motrice; dont nous avons parlé plus haut.

Nulle part on ne trouve noté de diminution de la force musculaire, ni de troubles d'ordre cérébelleux, ni de troubles de la sensibilité générale ou spéciale.

Le liquide céphalo-rachidien est signalé comme « normal » dans la plupart des cas. Cependant dans l'observation XI on note une légère lymphocytose : six éléments par millimètre cube. La réaction de Bordet-Wassermann est toujours négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Au point de vue de l'évolution, ces cas n'ont, en général, pas paru jusqu'à présent avoir une tendance régressive. Chez nos 11 malades, dont 3 sont suivis depuis deux ans et les autres depuis une période allant de six mois à un an, nous ne notons qu'un exemple d'amélioration au bout de deux ans. Tous les autres sont stationnaires. On ne signale aucune aggravation, ni aucun cas mortel.

Nous avons pu réunir 7 observations de myorhythmies que nous reproduisons ci-dessous. En outre, nous en avons relevé 4 autres cas, qui sont signalés sans être accompagnés d'observation.

OBSERVATION VIII

Pierre MARIE et M^{lle} Gabrielle LÉVY (Soc. neurol. de Paris, 3 avril 1919).

Henri G..., 27 ans, soigné à l'Hôpital d'Elbeuf pour encéphalite léthargique en avril 1918.

Quitte l'hôpital le 11 juillet 1918; quelques jours avant son départ, il avait remarqué de petits mouvements involontaires du pied droit et une faiblesse du pouce et de l'index de la main droite qui lui rendait l'écriture difficile.

En août 1918, époque à laquelle il entre à la Salpêtrière, il présente un mouvement régulier très fréquent et d'aspect tout à fait singulier du membre inférieur droit.

Ces mouvements consistent en une flexion brusque du genou et de la cuisse, s'accompagnant de flexion et d'extension des orteils, et d'une telle amplitude que la démarche rappelle le piaffement des chevaux du côté atteint.

On observe également une raideur anormale du cou avec tendance à fléchir légèrement la tête et à la tourner vers la droite.

Chez lui non plus aucun signe appréciable de lésion nerveuse; il ne reste que de la vivacité des réflexes tendineux. Cependant il existe une légère diminution de la force segmentaire du côté droit, au membre inférieur et à la main, et une certaine lenteur à identifier les objets de cette main-là.

Ponction lombaire normale. Wassermann négatif dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang.

Depuis lors, les mouvements ont perdu de leur amplitude et de leur fréquence et l'aspect primitif a disparu.

Mais il persiste actuellement (juin 1920) un léger mouvement de rotation externe de la cuisse avec flexion simultanée du genou à droite. En même temps, il se produit une projection du pied en dehors et une extension des orteils.

Chez ce malade, aucun antécédent pathologique ou névropathique.

OBSERVATION IX

Pierre MARIE et M^{lle} Gabrielle LEVY (Soc. neurol. de Paris, 3 avril 1919).

Henriette Ch..., 36 ans. S'est présentée, en août 1918, à la Salpêtrière pour les troubles suivants :

A la fin du mois de juillet sont apparus des mouvements involontaires des orteils droits, suivis bientôt de mouvements de grande amplitude, prédominants à la racine du membre, au membre inférieur droit d'abord, puis au membre supérieur droit.

Le 10 août 1918, elle présente une élévation de la cuisse avec relèvement de l'extrémité antérieure du pied. Ce mouvement est rythmé et presque toujours semblable à lui-même. En même temps, il se produit un mouvement lent et synchrone d'élévation du bras droit jusqu'à l'horizontale.

La contraction des muscles de l'épaule est telle que le bras reste toujours voisin de l'horizontale et n'a pas le temps de s'abaisser complètement.

Elle présente aussi une tendance à tenir la tête légèrement fléchie et tournée vers la droite.

Aucun signe organique autre que la vivacité des réflexes tendineux. Ponction lombaire normale. Wassermann négatif dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang.

On ne relève dans les antécédents personnels de la malade qu'une grippe survenue dans le cours d'avril 1918.

Les mouvements de cette malade ont progressivement diminué. Dans le courant de novembre, les mouvements du membre inférieur droit disparaissent presque complètement et ceux du membre supérieur sont très diminués dans leur amplitude au point que le coude est à peine fléchi et élevé. Mais il apparaît des mouvements du membre inférieur gauche.

A l'heure actuelle (juin 1920), les mouvements du côté droit ont complètement disparu. Ceux du côté gauche ont plutôt augmenté d'intensité au contraire. Ils consistent en une extension des orteils, et surtout du gros orteil, avec mouvement de rotation du membre.

OBSERVATION X

Pierre MARIE et M^{lle} Gabrielle LÉVY (Soc. neurol. de Paris, 3 avril 1919).

Catherine R..., 41 ans. A présenté, fin avril 1918, à la suite d'une nuit à la cave, pendant laquelle elle avait eu très froid et très peur, un épisode fébrile. Elle dit en particulier avoir souffert beaucoup des jambes et être devenue raide : « Telle qu'on me posait, je restais. »

Fin juin, elle éprouva une sensation d'engourdissement et de fourmillement dans le membre inférieur droit. Dans le courant de juillet apparaissent des mouvements involontaires pour lesquels elle vient consulter à la Salpêtrière en novembre 1918.

A cette époque, l'aspect général de la malade est tout à fait frappant. La tête semble fixe, les traits figés, le cou raide. L'aspect de la face est tout à fait parkinsonien. Le bras droit est tenu fléchi contre le corps, les doigts fléchis dans la paume. Lorsqu'elle marche, il existe une claudication droite qui semble due à une raideur généralisée du membre.

En outre, il existe des mouvements involontaires d'apparence rythmique et très fréquents du membre inférieur droit. Ces mouvements, de grande amplitude, consistent en une flexion avec rotation interne et adduction de la cuisse. Il se produit en même temps une légère flexion du genou avec soulèvement du talon et de la plante du pied et mouvements alternés de flexion et d'extension des orteils.

Au point de vue organique, on trouve des réflexes tendineux vifs mais égaux. Il existe une ébauche d'extension de l'orteil à droite. Aucun autre signe objectif. Ponction lombaire normale. Wassermann négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Pas d'autres antécédents.

En janvier 1919 apparaissent des mouvements de la bouche. Ces mouvements consistent en une légère déduction vers le côté gauche, avec relèvement des muscles de la houppe du menton du même côté, en même temps que la langue est promenée dans le sillon labio-gingival. Ces mouvements sont sensiblement synchrones à ceux de la jambe droite qui persistent analogues.

Actuellement (juin 1920), les mouvements du membre inférieur sont

un peu moins amples, mais ils persistent toujours, ainsi que ceux de la face.

OBSERVATION XI

J. RENAULT, M^{me} ATHANASSIO BÉNISTY et E. HIBERT

(Soc. neurol. de Paris, 6 janvier 1921).

Jeanne D..., âgé de 7 ans 1/2, est atteinte depuis neuf mois de mouvements cloniques dans le domaine du facial droit. D'après les témoignages de la nourrice chez qui elle se trouvait, ces mouvements se seraient installés provisoirement sans épisode fébrile et sans aucun phénomène paralytique du côté de la face et des yeux.

Actuellement, on voit dans la moitié droite de la face, au niveau des muscles dépendant du facial, des contractions rythmiques comme si l'on excitait le tronc du nerf par un courant faradique à intermit-
tences lentes. Ces mouvements sont régulièrement espacés et surviennent soixante fois par minute environ. Les émotions, le rire, l'électrisation de la face exagèrent passagèrement leur rythme qui ne tarde pas à revenir à sa formule primitive : une contraction lente toutes les secondes. Ce mouvement intéresse, peut-on dire, tous les muscles innervés par le facial. A chaque contraction, le sourcil se lève pendant que la fente palpébrale se ferme légèrement et que le front se plisse ; la commissure labiale est fortement attirée en dehors, le sillon naso-génien se creuse et la narine correspondante se relève à chaque secousse. Les muscles du menton, l'auriculaire supérieur, le peaucier du cou, participent au mouvement.

Ces mouvements ne sont pas influencés par la volonté, et ils persistent avec le même rythme et la même intensité pendant le sommeil et sans jamais disparaître.

Il n'y a pas de signe d'une parésie faciale même partielle. L'enfant ferme bien les yeux, souffle, siffle et remue les lèvres avec facilité. Aucune élévation, aucune paralysie du côté du voile du palais ou de la langue.

Le trijumeaux semble absolument intact, le réflexe cornéen existe, il n'y a aucun trouble sensitif de la face.

L'examen oculaire fait par le Dr Chaillous a montré une intégrité par-

faite de la musculature interne et externe des yeux et un fond d'œil normal. L'appareil de l'audition (caisse et labyrinthe) dont l'examen a été pratiqué avec grand soin par M. Chouquet, s'est montré intact.

L'examen neurologique complet montre, à côté d'une intégrité parfaite de la force musculaire, de la coordination motrice et de la sensibilité subjective et objective, certains petits faits dignes d'intérêt.

Les réflexes tendineux sont très vifs partout et notamment les réflexes rotuliens qui sont exagérés et polycinétiques. En outre, la jeune malade présente une instabilité motrice frappante qui fait croire à première vue qu'il s'agit d'une choréique. Elle s'agite, remue les membres, la tête, fait des grimaces. Mais si, par des ordres réitérés et certaines menaces, on arrive à la tenir tranquille et immobile pendant quelque temps, on se rend compte qu'elle ne présente aucun mouvement involontaire pouvant entrer dans les syndromes déjà connus (tics, spasmes, chorée, athétose, myoclonie ou tremblement). Son instabilité motrice est calquée sur son *instabilité psychique* ou plutôt elle est causée par elle. En effet, quoiqu'il s'agisse d'une enfant intelligente, comprenant facilement ce qu'on lui dit, répondant bien aux questions, ayant une bonne mémoire, il est extrêmement difficile de fixer son attention. Ainsi, elle met très longtemps pour manger, s'interrompant à chaque moment pour jouer avec sa poupée, essayer de lire ou d'écrire, remuer sa literie, parler aux infirmières, interpellé les objets comme si c'étaient des individus, etc.

Cette agitation a été telle que les dernières semaines elle a nécessité l'administration d'une potion bromurée.

Au point de vue somatique, il faut signaler une perte notable du poids dans les trois derniers mois et une température centrale sub-fébrile se rapprochant tous les soirs de 38 degrés.

Le Bordet-Wassermann du sang est négatif. Le liquide céphalo-rachidien, normal au point de vue de sa teneur en albumine, sucre et urée, contient une légère lymphocytose (6 lymphocytes par millimètre cube à la cellule de Nageotte). Le Bordet-Wassermann du liquide céphalo-rachidien est négatif.

OBSERVATION XII

KREBS et BETHOUX (Soc. neurol. de Paris, 6 juin 1921).

Période de début. — Z... (Estelle), 23 ans, casquettière, est prise, dans la nuit du 15 au 16 février 1920, il y a donc plus d'un an, d'une forte céphalée. Elle accuse, comme beaucoup de ces malades, une vive contrariété qui lui serait survenue le jour précédent. En même temps, troubles de la vue mal définis, vertiges bien caractérisés, puis délire avec excitation cérébrale et agitation motrice, peut-être mouvements choréiformes. Elle reste alitée pendant trois jours.

Deuxième période d'un mois où Z... reprend son travail avec deux ou trois courtes interruptions, car elle n'est pas bien portante. Elle a de la fièvre et de l'herpès aux lèvres. Les vertiges persistent, l'excitation psychique et l'agitation continuent; elle chante ou parle en travaillant, ses gestes sont saccadés, insomnie la nuit.

Troisième période. — Il lui vient sous l'omoplate droite des points de côté violents qui la suffoquent; les douleurs s'étendent à tout le bras droit et font place, au bout de vingt-quatre heures, à des secousses brusques, « électriques », dans l'épaule, qu'elles soulèvent sans cesse. En même temps, mouvement synchrone de flexion du membre inférieur droit. Un tremblement apparaît au même moment dans le membre supérieur droit. Aucun mouvement involontaire à gauche. Les secousses musculaires, violentes pendant quatre mois et demi, s'atténuent en août 1920.

Quatrième période. — C'est alors seulement que Z... se serait aperçue qu'elle était raide de tout le côté gauche. Il est impossible de savoir, de façon précise, si cette rigidité musculaire du côté gauche est contemporaine du début des secousses myocloniques; ce qui est sûr, c'est qu'elle s'est progressivement accentuée jusqu'au jour où Z... est venue nous consulter, tandis qu'au contraire les secousses tendaient à diminuer à droite peu à peu.

La malade ne se plaint que de ses troubles moteurs. Ses fonctions digestives sont parfaites. A l'examen du poulmon, du cœur, du rein, on ne trouve rien à signaler d'anormal.

État actuel du syndrome parkinsonien. — Z..., lorsqu'elle est venue

à la Pitié pour la première fois (27 janvier 1921), paraissait au premier abord héli-parkinsonienne à gauche, héli-myoclonique à droite. La rigidité parkinsonienne a depuis fait des progrès et a envahi le côté droit dont les secousses myocloniques, encore persistantes, tendent cependant à disparaître. Z... se présente donc comme une parkinsonienne, mais surtout à gauche.

Examen des réflexes. — Aucun signe d'atteinte des voies pyramidales. Les voies cérébelleuses sont également indemnes. Mouvements diadococinétiques parfaits, aucune hypermétrie.

Aucun trouble de la *sensibilité*. Aucun trouble des sphincters.

Troubles sécrétoires et vaso-moteurs. — Exagération de la sécrétion sébacée à la face. Salivation un peu augmentée. Sudation extrêmement augmentée; la sueur tombe en gouttes des aisselles continuellement. Persistance prolongée des marques que produisent les moindres impressions cutanées.

Examen oculaire (Chaillous). — Lenteur et retard très marqués dans les mouvements des globes oculaires dans tous les sens, surtout pour l'œil gauche et particulièrement dans le regard en dehors. La convergence se fait assez lentement et avec difficulté et l'œil gauche se met en divergence dès qu'on approche à moins de 15 centimètres.

Secousses musculaires. — Nous dirons peu de chose au sujet des mouvements rythmés que l'on constate au niveau du membre inférieur droit et qui sont peu marqués. D'après les renseignements que nous donne la malade, ces mouvements étaient au début synchrones aux mouvements de soulèvement de l'épaule, lesquels ont disparu. Il semble, en effet, qu'il faille distinguer chez Z... deux sortes de clonies différentes par l'allure, le rythme et l'effet moteur :

1° Des secousses myocloniques proprement dites, très rapides, limitées à quelques corps musculaires actuellement et ne produisant presque pas de déplacement segmentaire (muscle grand dorsal droit);

2° Des mouvements involontaires rythmés, lents, avec déplacement segmentaire. Ceux-ci n'existent qu'au membre inférieur droit. Encore n'y sont-ils plus qu'à l'état d'ébauche. Ils se répètent au nombre de quinze environ à la minute. On constate une contraction

du psoas et du droit antérieur de la cuisse, du biceps fémoral et des extenseurs des orteils. Il n'y a plus là que le reliquat d'un mouvement combiné, complet autrefois et qui tend à disparaître. Ce mouvement est toujours plus marqué lorsque la malade est couchée qu'assise, assise que debout. Nous reviendrons sur ce caractère tout à l'heure.

Nous arrivons aux secousses de thorax et du membre supérieur droit. Si ces secousses ne provoquent pas de déplacement segmentaire appréciable, comme nous l'avons dit, elles ont cependant une certaine action sur le tremblement parkinsonien dont le membre est agité et en modifient un peu le type. Elles ont eu un autre résultat au niveau de la racine du membre : l'épaule est abaissée, la colonne dorsale est scoliotique et notablement concave du même côté.

Quand nous avons vu la malade pour la première fois, notre attention a été immédiatement attirée par les secousses de son muscle grand dorsal droit. Ces secousses étaient assez fortes pour dessiner tout le muscle sous la peau et en tout cas son bord supérieur et plus encore son bord externe. C'étaient bien des secousses « électriques », ressemblant à celles d'une décharge faradique, et c'étaient des secousses rythmées au nombre de soixante-quinze à quatre-vingts à la minute. Le rythme n'était pas absolument égal ni régulier ; il y avait quelques soulèvements musculaires plus forts que les autres ; de temps à autre, on notait une secousse avortée et un petit temps d'arrêt.

En même temps et au même rythme que le grand dorsal se contractaient les faisceaux latéraux et postérieurs du muscle deltoïde. Ici on note quelque chose de plus, c'est le caractère fasciculaire des contractions qui se succèdent régulièrement de haut en bas et de dehors en dedans, chaque onde musculaire correspondant dans son ensemble à chaque soulèvement du grand dorsal. Les secousses l'emportent comme résultante sur celles du grand dorsal et l'on voit, chose paradoxale, en même temps que ce dernier muscle se dessine sous la peau, le bras qui pourrait être attiré un peu en arrière et en dedans, être au contraire attiré à chaque secousse légèrement en arrière et en dehors.

On note encore des contractions rythmées du grand rond, du sous-

épineux, du rhomboïde, des secousses dans le triceps et même dans le biceps brachial. Mais les secousses les plus nettes et les plus fortes sont celles du grand dorsal et du deltoïde.

OBSERVATION XIII

CRUCHET et ROCHER (Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 15 avril 1921).

André B..., 6 ans, hospitalisé, en décembre 1920, dans le service du docteur Rocaz pour un état infectieux méningo-encéphalitique avec somnolence, délire, carphologie, fièvre légère, secousses irrégulières des membres inférieurs.

Repris par sa famille, le 15 janvier 1921, les phénomènes aigus avaient cessé ; mais à partir de février, des secousses cloniques, de caractère rythmé, ont apparu au niveau des membres supérieurs et n'ont pas cessé depuis.

Examiné le 28 février 1921, dans le *décubitus dorsal*, l'enfant a la tête penchée du côté droit et un peu en arrière ; l'œil droit a tendance à se fermer, mais pas de ptosis ; pas de diplopie ; cependant, il se plaint de ne pas y voir très bien. Inégalité pupillaire : pupille gauche plus grande que la droite ; abolition du réflexe à la lumière et à l'accommodation. L'examen du fond de l'œil (docteur Cabannes) n'a rien décelé d'anormal.

Pas d'asymétrie ; ouvre la bouche et tire la langue, qui n'est pas déviée, sans difficulté. Légère gêne dans la prononciation. Bâillement continu.

Les secousses rythmées siègent sur les muscles des épaules des deux côtés : régulières, à raison de soixante-seize à la minute ; elles sont assez violentes, projettent les bras en avant, tandis qu'ils sont écartés du thorax ; suivant qu'elles coïncident avec l'inspiration ou l'expiration, elles les rendent plus bruyantes ; mais ces secousses sont absolument indépendantes des mouvements diaphragmatiques qui, sous l'écran radioscopique, paraissent absolument normales.

Les mouvements spontanés de la tête et des bras sont ralentis, manquent de leur souplesse normale. On note une certaine résistance, une sorte de spasticité des mouvements provoqués. Réflexes

Labuchelle

tendineux du bras et du poignet exagérés. Pas de réflexes abdominaux. A la main, les mouvements sont lents, inhabiles, pour tous les actes de la vie courante (manger, s'habiller, etc.). Raideur également dans les membres inférieurs avec exagération très vive des réflexes rotuliens et trépidation épileptoïde du pied et de la rotule des deux côtés.

Assis, l'attitude de la tête en torticollis s'accroît. Cyphose de la colonne vertébrale. Les bras écartés du tronc, les secousses persistent avec le même rythme, la même amplitude et la même vitesse.

Debout, l'attitude s'exagère encore. La tête est enfoncée entre les deux épaules, courbée en avant. La marche est difficile, raide. Les secousses rythmiques disparaissent. On ne sent plus sous la main, palpant les masses musculaires des pectoraux, que quelques fibrillations. Dans la marche, on a tout à fait l'impression d'un enfant atteint de diplégie spasmodique typique. Dès que le sujet s'arrête, les secousses rythmiques reparaissent aussitôt.

La *sensibilité* est nettement conservée à la piqure, au tact, à la température. Sens stéréognostique normal. Excitabilité au faradique un peu forte à la face et aux muscles pectoraux, surtout à droite.

Rien à signaler dans les divers appareils. L'intelligence paraît convenable pour l'âge de l'enfant.

A la date du 15 avril 1921, les secousses rythmées sont beaucoup moins fréquentes et moins violentes.

Décembre 1921 : L'enfant présente toujours des secousses rythmées des deux épaules.

OBSERVATION XIV (résumée).

FROMENT et GRIVEAUD (Soc. méd. hôp. de Lyon, 18 octobre 1921).

Malade atteinte d'une forme singulière de myoclonie reproduisant exactement le mouvement provoqué par la recherche des réflexes de défense lorsqu'il y a exagération de ces réflexes. Toutes les cinq secondes environ, en l'absence de toute excitation extérieure et même pendant le sommeil, il se produit un brusque retrait avec triple flexion du membre inférieur droit, accompagné d'extension des

orteils. Il est à remarquer que les réflexes cutanés, tendineux et de défense sont normaux.

III. Tremblements.

Les tremblements ne sont, en somme, que des rythmies à très faible amplitude et à cadence très rapide, allant de quatre à douze mouvements par seconde. Aussi est-il logique de les étudier aussitôt après les myorhythmies.

Nous n'aurons du reste que peu de chose à en dire. En effet, ils n'existent à peu près jamais isolément chez nos anciens encéphalitiques ; on les rencontre comme éléments constitutifs du syndrome parkinsonien si fréquemment observé. Or, celui-ci sort du cadre de notre étude.

Mais cependant on peut exceptionnellement les rencontrer à l'état isolé comme séquelle de l'encéphalite. P. Marie et M^{lle} Lévy les signalent dans leur étude déjà citée. Ils siègent principalement à la face, mais peuvent également envahir les membres.

Nous en avons réuni deux observations que nous résumons ci-dessous. En outre, on en trouve cité un exemple à localisation faciale associée à des myokymies dans l'observation XXIII.

OBSERVATION XV (résumée).

CRUCHET (Soc. méd. hôp. de Paris, 11 mars 1921).

M. X..., curé des environs de Tonneins (Lot-et-Garonne), eut de l'encéphalite typique, en mars 1920, avec diplopie, somnolence, fièvre passagère et délire. La diplopie disparut complètement au bout de six mois, mais le sujet est demeuré fatigué, asthénique, et depuis décembre 1920 sont apparues des secousses cloniques dans toute la jambe droite qui tiennent à vrai dire plus du tremblement que de la myorhythmie. C'est une véritable trépidation épileptoïde incessante, qui disparaît dans les mouvements pour reparaitre, dès que la jambe est remise au repos, quelle que soit la position. On constate une certaine contracture des muscles de la jambe. Les réflexes rotuliens

sont très vifs des deux côtés. On peut se demander si ce tremblement, pour le moment localisé, n'est pas le début d'un tremblement parkinsonien dont il offre les caractères ; à noter cependant que dans le décubitus horizontal, dans le repos complet, il s'atténue progressivement pour finalement s'arrêter.

OBSERVATION XVI (résumée).

P. KAHN (Soc. méd. hôp. de Paris, 30 avril 1920).

Il s'agit d'une malade chez laquelle l'encéphalite a revêtu successivement les différents aspects décrits isolément comme modalités de l'encéphalite épidémique et dont cette observation est comme le résumé (névralgies, troubles psychiques, mouvements choréiformes, myoclonies, léthargie). Après la guérison persistent des secousses myocloniques à forme de tremblement de l'hémiface et du bras gauches avec exagération des réflexes tendineux du même côté.

IV. Myoclonies.

Dans plusieurs observations, on trouve décrit comme séquelle de l'encéphalite un syndrome excito-moteur caractérisé par des secousses musculaires très brusques, arythmiques, inégales ; tous caractères qui appartiennent aux myoclonies.

Ces contractions peuvent porter sur la totalité d'un ou plusieurs muscles, qu'elles entraînent ou non un effet moteur. C'est le myoclonus simple. Ou bien elles peuvent être simplement fibrillaires, et constituent alors la myokymie. Quant au paramyoclonus multiplex, nous n'avons trouvé aucun cas pouvant s'y rattacher.

Les myoclonies sont des séquelles beaucoup plus rares que les mouvements choréiques et les rythmies. Sur nos 42 cas, il n'y a que 7 myoclonies, soit 16 1/2 p. 100. Ces 7 malades sont des adultes âgés de 20 à 42 ans. Le sexe ne paraît pas avoir d'influence : il y a 4 hommes et 3 femmes.

Les secousses sont le plus souvent unilatérales : 4 cas (dont 2 à localisation droite et 2 à localisation gauche). Les 3 autres cas sont bilatéraux.

Nous étudierons séparément les cas de myoclonus simple et les cas de myokymie.

§ 1. — Myoclonus simple.

C'est à cette catégorie qu'appartiennent 5 de nos 7 cas de myoclonies. Il y a 3 hommes et 2 femmes. Le siège est toujours unilatéral, sans prédominance pour un côté : deux fois à droite et deux fois à gauche.

Chez une malade, on note la présence concomitante d'un syndrome parkinsonien. Chez une autre, des mouvements particuliers de l'avant-bras rappelant l'athétose ; mais vu les caractères de ces mouvements, l'origine émotive qu'invoque le malade, on peut se demander s'il n'y a pas dans ce cas un élément pithiatique surajouté (Obs. XIX).

Un des caractères essentiels de ces contractions musculaires est leur brusquerie ; le qualificatif « électrique » se retrouve dans presque toutes les observations. En effet, on ne peut mieux les comparer qu'à la secousse qui se produit quand on fait passer un courant électrique dans un muscle. Elles ressemblent étrangement au phénomène décrit sous le nom de *chorée électrique* et il paraît de plus en plus probable que beaucoup des cas décrits sous ce nom n'étaient, au fond, que des cas sporadiques d'encéphalite.

La durée des contractions est inégale, mais toujours assez courte.

Leur énergie est également variable. Souvent insuffisante pour produire un effet moteur, elles sont cependant parfois assez puissantes pour entraîner le déplacement d'un membre ou d'un segment de membre. L'amplitude de ce déplacement n'a rien de constant et diffère à chaque secousse.

Elles se reproduisent d'une façon irrégulière, sans aucune tendance à un rythme. Parfois elles procèdent par crises, séparées par des intervalles libres de durée variable.

Les mouvements involontaires ne les interrompent pas. Au contraire, dans certains cas, ils les réveillent. Ils ne sont pas empêchés par elles; les malades ne sont gênés pour marcher, saisir un objet, que dans la mesure où les secousses font dévier leurs membres.

Ces contractions s'étendent, en général, aux deux membres du même côté. On note alors un autre de leurs caractères, c'est le synchronisme. Quelle que soit l'irrégularité du retour de leurs mouvements, bras et jambes s'agitent en même temps. C'est là un caractère important dont nous reparlerons au chapitre du diagnostic.

Au point de vue de l'aspect clinique, nous ne trouvons pas ici, comme dans les myorhythmies, un type prédominant. Nous serons donc obligé de décrire chaque cas isolément.

Dans un premier cas, nous constatons des secousses en flexion du membre inférieur associées à des secousses identiques du membre supérieur du même côté et à une légère inclinaison de la tête vers le côté atteint.

Dans un autre cas, les secousses siègent à la fois à l'avant-bras et au mollet du même côté, avec également légère inclinaison de la tête de ce côté.

Dans un troisième, nous constatons des secousses prédominant dans les masses musculaires de la face antérieure de la cuisse droite, disparaissant au repos.

Enfin, dans un quatrième cas, il y a association de mouvements de soulèvement de l'épaule avec des contractions lentes du quadriceps et des muscles du mollet, n'entraînant qu'exceptionnellement un déplacement segmentaire.

On signale dans un seul cas une légère parésie du membre atteint.

Les réflexes tendineux sont parfois vifs, une fois diminués. Mais jamais il n'y a eu de réflexes des orteils en extension.

La sensibilité objective, générale ou spéciale, a toujours été intacte. Mais il n'en est pas de même de la sensibilité subjective. En effet, le malade de l'observation XVIII se plaint de sensations de fourmillement très pénibles survenant la nuit dans la main gauche et l'empêchant de dormir.

Il est à noter que le malade de l'observation XX est porteur à la face antérieure de la cuisse d'un minime éclat d'obus reçu pendant la guerre. Peut-on voir là une épine irritative qui expliquerait chez ce malade la localisation des secousses dans ce groupe musculaire? Je ne le pense pas.

La réaction de Bordet-Wassermann est signalée comme négative dans un cas; il n'en est pas parlé dans les autres.

Le résultat de la ponction lombaire n'est indiqué que chez un malade; il y avait hyperglycorachie persistante.

L'évolution ne montre ici encore aucune tendance à l'amélioration. Il est vrai que toutes les maladies dont nous rapportons les observations ont été suivies pendant moins d'un an.

§ 2. — Myokymies.

Ce sont des séquelles rares. Nous n'en avons relevé que 2 cas, un homme et une femme âgés respectivement de 20 et 24 ans. En outre, la malade de l'observation XII présentait des secousses fibrillaires; mais nous avons déjà dit qu'elles étaient trop atypiques pour qu'on puisse les retenir.

Les myokymies post-encéphalitiques ne se montrent pas à l'état pur, mais font toujours partie d'un syndrome complexe.

Ce sont des contractions fibrillaires à fleur de peau, brusques, irrégulières, n'entraînant aucun effet moteur. Elles siègent le plus souvent à la face, mais pas toujours.

Ici encore on ne peut faire aucun tableau d'ensemble, vu le petit nombre de cas connus.

Dans une observation, il s'agit d'une malade qui, après une encéphalite, présente des troubles mentaux hypocondriaques et un syndrome pseudo-parkinsonien fruste et chez qui, en outre, on notait des secousses fibrillaires des muscles de la face et de la langue. Elle mourut subitement trois mois environ après le début de l'encéphalite.

Un second cas a trait à un jeune soldat qui présente des contractions fibrillaires de l'orbiculaire des lèvres et du Risorius, un tremblement à menues oscillations, un reste de parésie de

l'accommodation et une sorte de fatigabilité des muscles masticateurs qui produit un faux trismus.

Chez nos 2 malades, on note des troubles intellectuels (hypochondrie, torpeur) et un état parkinsonien. Chez la femme, il y avait exagération des réflexes tendineux. Les réflexes lumineux étaient paresseux.

On ne signale pas de troubles parétiques ni de troubles de la sensibilité.

Le liquide céphalo-rachidien de la première malade, hyper-tendu, présentait de l'hyperalbuminose : 0 gr. 40. La réaction de Bordet-Wassermann était négative.

Le pronostic paraît devoir être plutôt fâcheux dans ces formes, puisqu'un de nos 2 malades est mort au bout de trois mois. L'autre, après neuf mois, n'éprouvait aucune amélioration.

Nous transcrivons ci-dessous 7 observations de myoclonies. Les 5 premières ont trait à des cas de myoclonus simple. Les 2 dernières (XXII et XXIII), à des cas de myokymies.

OBSERVATION XVII

H. MEIGE (Soc. neurol. de Paris, 2 décembre 1920).

M^{me} K... fut atteinte, vers la fin décembre 1919, d'encéphalite épidémique : État léthargique, perte de la mémoire, désorientation, diplopie et asthénopie très accentuées. Un traitement par le sérum antipesteux ne donna pas de résultat. Vers le mois de mars 1920, tous les symptômes tendaient cependant à s'atténuer.

Mais en juin 1920 apparurent des mouvements involontaires de la *jambe droite* : Secousses convulsives, brusques, « électriques », en flexion, s'exagérant par crises, revêtant le type myoclonique décrit par M. Sicard.

En juillet, des secousses semblables se montrèrent au *bras droit*, synchrones avec celles du membre inférieur. Les unes et les autres persistent encore aujourd'hui. Elles ont cependant tendance à diminuer de fréquence et d'intensité.

Le mois suivant, en août, nouveau trouble moteur : la *jambe gau-*

che est atteinte d'un tremblement menu, rapide, régulier, du type parkinsonien, s'accompagnant d'une raideur intense et parfois douloureuse de tout le membre.

Ce tremblement persiste actuellement sans tendance à l'amélioration. Le membre supérieur gauche est indemne ; aucun tremblement des doigts ; à peine peut-on constater une légère raideur dans la mobilisation passive du bras et de l'avant-bras.

La tête est également immobile. Mais la projection de la langue s'accompagne de petites saccades. La voix est monotone.

La marche est pénible, lente, à petits pas, avec une tendance à la festination. L'attitude générale est raide, soudée, le facies figé.

Réflexes un peu vifs, difficiles à provoquer au membre inférieur gauche en raison de la raideur. Pas de troubles sensitifs ni sensoriels ; mouvements des globes oculaires corrects ; pas de nystagmus, les pupilles réagissent à la lumière un peu paresseusement.

Presque chaque jour surviennent des *crises* dans lesquelles le tremblement et les secousses s'exagèrent. Les mouvements des membres droits augmentent de fréquence et d'amplitude, s'accompagnant parfois d'inclinaison de la tête vers la droite et d'occlusion forcée des paupières ; d'autres fois, il y a des crises d'étouffement.

La malade, qui souffrait fréquemment de maux de tête avant l'atteinte d'encéphalite, n'en éprouve plus depuis lors. De plus, elle a beaucoup grossi et se fatigue très vite.

Elle n'a plus de somnolence le jour, mais ne peut dormir la nuit à cause des secousses et du tremblement.

Les troubles psychiques ont presque entièrement disparu ; toutefois, l'activité mentale reste amoindrie.

OBSERVATION XVIII

H. VERGER (Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 31 octobre 1920).

Il s'agit d'un homme de 42 ans qui, en mars 1920, à Saint-Émilion, a présenté un état sur lequel il ne peut donner que des renseignements incomplets, n'en ayant lui-même conservé aucun souvenir. Il semble, d'après le récit qui lui en a été fait, qu'il se soit agi d'un état

de confusion mentale avec hallucinations visuelles et agitation. On a parlé en tout cas de fièvre cérébrale. Bien que ces commémoratifs soient plutôt vagues, en raison de la notion d'épidémicité, il ne semble pas excessif de penser à une forme confusionnelle de l'encéphalite. Au cours de cette période, ce malade devint hémiplégique gauche. Les symptômes aigus très inquiétants s'étant dissipés au bout d'un mois de maladie, dit-il, il s'est trouvé dans l'état qu'il présente encore aujourd'hui (octobre 1920).

Cet état peut s'exprimer par le terme d'héminyoclonie à type de chorée électrique. En effet, les membres du côté gauche sont le siège de secousses musculaires brusques, fréquentes, mais sans rythme régulier, entraînant de faibles déplacements segmentaires. Elles siègent surtout à l'avant-bras et au mollet. Il y en a aussi de faibles dans les muscles du cou, produisant de petits déplacements de la tête. La face n'est pas atteinte. Il n'y a pas d'hémiplégie à proprement parler ; cet homme marche normalement et peut se servir de la main gauche dans la mesure où ses secousses le lui permettent. Il peut même saisir de tout petits objets. Il n'a pas de contracture permanente comme celle des hémiplegiques ordinaires. Le sens stéréognostique est absolument intact.

Les réflexes périostés et tendineux sont plus vifs à gauche qu'à droite, mais le réflexe plantaire est en flexion des deux côtés. La sensibilité est intacte objectivement comme la parole et les fonctions intellectuelles.

La maladie n'est pas indolore ; le malade se plaint de sensations de fourmillement très pénibles survenant la nuit dans la main gauche et l'empêchant de dormir.

OBSERVATION XIX

H. VERGER (Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 31 octobre 1920).

Femme de 40 ans qui aurait présenté au mois de février dernier un état dont on a conservé peu de souvenirs et qui, comme pour le précédent malade, aurait été qualifié de fièvre cérébrale : confusion mentale avec de l'agitation, puis plus tard un état d'apathie avec hyper-

somnie, le tout ayant duré plusieurs semaines. Je pense que l'on se trouve en présence d'un cas d'encéphalite méconnu.

Le 25 mars, alors qu'elle était en pleine convalescence, ayant subi une violente émotion, elle eut une perte de connaissance, et quand elle revint à elle on s'aperçut qu'elle présentait des secousses musculaires brusques dans le membre supérieur gauche. Cet état dura jusqu'au mois de juillet, époque à laquelle les secousses du membre supérieur disparurent, mais des secousses identiques apparurent dans le membre inférieur du même côté. Enfin, vers le début d'octobre, les secousses du membre supérieur firent leur réapparition.

Actuellement (octobre 1920), on constate chez elle, au membre supérieur gauche, des mouvements involontaires, sans rythme régulier, mais à peu près continuels, qui affectent l'épaule et l'avant-bras. L'épaule est brusquement soulevée et retombe aussitôt. Le mouvement antibrachial, sans relation avec celui de l'épaule, est plus lent et ressemble un peu à un mouvement athétosique : la main se met en hyperextension, l'index et l'auriculaire faisant les cornes, tandis que les autres doigts sont fléchis et la main reste dans cette position de cinq à quinze secondes. Le membre inférieur gauche est le siège de contractions lentes du quadriceps fémoral et des muscles du mollet qui en temps ordinaire n'entraînent aucun déplacement segmentaire et ne gênent pas la marche. Mais la malade affirme que par moment ces mouvements deviennent plus violents, au point de lui faire donner des coups de pied involontaires.

Il n'y a pas de paralysie des membres ni de la face du côté gauche. Les réflexes tendineux sont vifs également des deux côtés. La sensibilité cutanée est intacte partout. Il n'y a aucun trouble sensoriel.

OBSERVATION XX (inédite).

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé GREYX.

M. D..., 34 ans, cultivateur dans les Landes, à L...

Blessé en 1918, petit éclat d'obus dans la cuisse droite (qui n'a pas été extrait).

Jusqu'en janvier 1921, le malade va très bien, ne se plaint de rien d'anormal,

En janvier 1921, son médecin, le docteur Laparade, le soigne pour phénomènes d'infection (fièvre, langue sale), douleurs rhumatoïdes dans les membres, ptosis, diplopie. La ponction lombaire n'a pas été faite. Le docteur Laparade étiquette très judicieusement ce syndrome : encéphalite épidémique. Durée des troubles, trois semaines environ.

Le malade est très bien et vaque normalement à ses occupations jusque vers mai 1921. A cette époque, il est pris des phénomènes suivants : myoclonie des muscles de la cuisse droite (surtout des muscles antérieurs) spontanément et dans la station debout au repos. Mêmes phénomènes, peut-être encore plus accentués à l'occasion de la marche. Le malade est très gêné et ne peut guère continuer ses occupations.

Dans le décubitus dorsal, le membre inférieur droit étant étendu au repos, pas de myoclonie. La myoclonie apparaît dès que le malade veut mouvoir son membre inférieur droit (même le soulever simplement).

Démarche défectueuse et difficile avec boiterie droite (comme dans la luxation congénitale de la hanche). Légère parésie du membre inférieur droit. Réflexe rotulien droit moins vif qu'à gauche. Achilléens identiques. Pas de Babinski ni de clonus du pied ni de la rotule. Pupilles égales. Réflexes pupillaires normaux.

Examen de l'œil (fond et muscles) : Rien à signaler.

Examen électrique des muscles du membre inférieur droit : Réagissent normalement.

Wassermann négatif.

La radiographie montre un petit éclat métallique infime collé contre la partie antérieure du fémur, très profondément enfoui dans le quadriceps.

Le malade a été perdu de vue depuis.

OBSERVATION XXI (résumée).

Pic (Soc. méd. hôp. de Paris, 16 novembre 1920).

Homme de 36 ans. A été atteint d'encéphalite à forme myoclonique. Conserve des secousses du même genre avec douleurs de la nuque et

neurasthénie grave. La ponction lombaire montre une hyperglycorachie persistante.

OBSERVATION XXII

RAVIART, COMBEMALE, VULLIEN et ASSOIGNON (Soc. neurol. de Paris, 3-4 juin 1921).

D... (Flore), 24 ans, mariée, semble avoir fait, d'après les renseignements fournis par l'entourage, une encéphalite léthargique en novembre 1919 (courte fièvre atteignant 40 degrés, somnolence prolongée, strabisme passager, onirisme, évolution favorable en un mois).

Depuis lors ne se sent plus bien portante, est lasse, fatiguée, se plaignant de douleurs internes, abdominales ou précordiales, de parésie des membres, de troubles de la vue, elle est incapable du moindre effort. Triste, préoccupée de l'aggravation progressive de son état qu'aucun traitement ne parvient à améliorer, elle tente de se suicider. Elle entre à la clinique d'Esquermes le 9 octobre 1920. Le visage est figé, inexpressif, impassible, ne reflète aucune émotion. Le corps tout entier paraît soudé, les membres sont rigides et animés d'un tremblement très léger. *On note des secousses fibrillaires des muscles de la face et de la langue.* La parole est monotone, un peu bredouillante. Léger strabisme externe de l'œil droit. Pupilles inégales, irrégulières, réflexes lumineux paresseux.

Les réflexes tendineux sont exagérés. Elle est très déprimée mentalement, se désolé de son état, dit qu'elle ne guérira pas. Liquide céphalo-rachidien sous tension : 0,8 leucocytes par millimètre cube, 0 gr. 40 d'albumine, Bordet-Wassermann négatif. Les troubles s'accusèrent progressivement, elle ne marchait plus qu'à petits pas, avec un peu de rétropulsion. La salive se mit à couler de sa bouche, le tremblement s'accrut, et par instant ses doigts s'agitaient comme si elle comptait de la monnaie. Sa lucidité d'esprit restait complète, mais elle se sentait très lasse et était profondément triste. Subitement, elle est décédée le 17 février 1920.

OBSERVATION XXIII

JUDE (Soc. méd. hôp. de Paris, 9 novembre 1920).

Jeune soldat de 20 ans atteint, en janvier 1920, d'encéphalite léthargique ayant duré cinq semaines. Il persiste actuellement (novembre 1920) des *contractions fibrillaires des lèvres et du Risorius*, un tremblement à menues oscillations, un reste de parésie de l'accommodation et une sorte de fatigabilité des muscles masticateurs, immobilisant la mâchoire en apparence de trismus, mais sans contracture réelle, à l'occasion de la mastication d'aliments un peu durs. Ceci dure une minute environ. En même temps, le sujet présente de la torpeur intellectuelle et une attitude figée, bien que l'intelligence et la motilité soient normales.

V. Mouvements involontaires complexes de la face : bâillements, rires et pleurs.

Il est enfin une dernière catégorie de clonies encore peu connues jusqu'à présent et sur lesquelles, en terminant, nous voudrions attirer l'attention. Il s'agit de phénomènes moteurs complexes se passant au niveau de la face et reproduisant les jeux de physionomie par lesquels nous exprimons normalement des émotions ou des sentiments : joie (rire spasmodique), chagrin (pleurs spasmodiques), ennui (bâillements spasmodiques).

Piltz vient tout récemment de publier dans la *Revue neurologique* une série de remarques sur les rires et pleurs spasmodiques de la période post-encéphalitique. Dans son article, il ne parle pas des bâillements. De plus, il ne décrit les rires et les pleurs que comme élément constitutif de certains syndromes choréiformes. Nous pensons que ces phénomènes ne sont pas l'apanage de la forme choréique de l'encéphalite, mais constituent des accidents autonomes que l'on rencontre associés à diverses séquelles excito-motrices de l'encéphalite. Nous appuyons notre opinion sur ce fait que nous avons pu observer

nous même, à la consultation de neuro-psychiatrie de M. le professeur Abadie, un cas de sourire involontaire chez une petite fille qui présente un syndrome parkinsonien post-encéphalitique indéniable et n'a jamais eu de mouvements choréïques. Nous avons en outre relevé dans la littérature médicale un cas de rire et de pleurs spasmodiques chez un malade qui à la suite d'une encéphalite présenta une véritable maladie de Little aiguë.

Enfin, en ce qui concerne le bâillement, nous l'avons trouvé signalé dans 2 cas : 1 cas de myoclonie et 1 cas de syndrome parkinsonien.

Nous envisagerons séparément ces trois modalités de mouvements complexes du visage.

§ 1. — Rire spasmodique.

Ce rire, dont nous avons pu réunir 4 cas, serait mieux nommé sourire, car il ne s'accompagne pas de l'expiration saccadée avec émission de bruits vocaux qui caractérise le rire vrai. Dans le cas que nous avons observé personnellement, il s'agit d'un sourire simple et craintif qui vient périodiquement éclairer pendant quelques secondes la physionomie de la petite malade, et disparaît ensuite. La périodicité de sa reproduction a une tendance à se régulariser et à en faire un phénomène rythmique (Obs. XXV).

Dans le cas décrit par Piltz, il s'agit d'une malade en état d'hypertonie musculaire très accusée, dont la physionomie, quand on la regarde et aussi longtemps qu'on la regarde, prend le masque du fou rire, mais d'un fou rire absolument muet.

De même, un homme dont Piltz publie la photographie, mais qu'il ne décrit pas, présente absolument le masque d'un rire épanoui.

Enfin, dans l'observation du syndrome de Little post-encéphalitique, on note simplement l'existence de rires et de pleurs spasmodiques.

Chez aucun de ces malades ce rire n'est volontaire. Aucun n'a

de raison d'être gai. Tous disent que c'est, en somme, « leur figure qui rit », mais qu'eux-mêmes n'en ont pas la moindre envie.

§ 2. — Pleurs spasmodiques.

En dehors du cas déjà cité de pleurs spasmodiques accompagnant une maladie de Little, nous n'avons relevé que l'observation rapportée par Piltz qui est très caractéristique.

Il s'agit d'un homme dont les traits, quand on le regarde, se convulsent dans une violente crise de pleurs, avec rougeur de la face et émission de larmes, mais sans sanglots. Comme le rire, ces pleurs sont silencieux.

Ici encore, quand on demande au malade pourquoi il pleure, il répond qu'il ne pleure pas du tout et n'en a pas envie.

§ 3. — Bâillements spasmodiques.

Nous avons pu en réunir 2 cas.

L'un a trait au petit malade de l'observation XIII, atteint de secousses portant sur les muscles des deux épaules. Les observateurs signalent en outre chez lui des « bâillements incessants ».

L'autre est relatif à une malade atteinte d'un syndrome parkinsonien post-encéphalitique et qui présente des mouvements involontaires d'ouverture de la bouche d'amplitude variable s'accompagnant parfois d'occlusion des paupières, en tout semblables à un bâillement normal.

A l'exposé de ces faits, nous n'ajouterons qu'une courte remarque. Vu ce que l'on sait des lésions de l'encéphalite épidémique et de leur électivité pour la substance grise, il est permis de supposer qu'il doit y exister quelque part, dans les noyaux gris centraux, des centres des mouvements coordonnés du rire, des pleurs, du bâillement, qui sont excités par la maladie, comme sont excités les centres moteurs des membres.

Or, on est frappé de l'analogie de ces rires muets et sans motif avec ceux qui passent de temps en temps sur le visage des

malades atteints de démence précoce. On invoque pour ces derniers un mécanisme compliqué de dissociation des éléments psychologique et physiologique du rire. Pourquoi ne pourrait-on pas supposer plus simplement que, chez ceux-ci comme chez ceux-là, il y a lésion du centre coordinateur des mouvements du rire, lésion non encore mise en évidence. Ce n'est qu'une pure hypothèse, mais qui vaudrait la peine qu'on en recherche le bien ou le mal fondé.

Pour terminer, nous transcrivons 5 observations de ces mouvements « pseudo-émotifs » en quelque sorte.

OBSERVATION XXIV (résumée).

JUDE (Soc. méd. des hôp. de Paris, 9 novembre 1920).

Un jeune homme, vu avec M. J. Lépine, présente à la suite de l'encéphalite une véritable maladie de Little aiguë avec rires et pleurs spasmodiques.

OBSERVATION XXV (inédite et personnelle).

Consultation neuro-psychiatrique de M. le professeur ABADIE.

Léonie A..., 10 ans 1/2. A été atteinte d'encéphalite épidémique en décembre 1919 (ptosis, somnolence diurne et insomnie nocturne, quelques secousses dans le visage et le bras droit). Après deux mois de maladie, elle put se lever, mais elle était si affaiblie qu'elle ne pouvait pas se tenir sur ses jambes. Un séjour à la campagne améliora son état général. Mais elle resta turbulente, capricieuse, instable, incapable d'occupation suivie. En classe, elle causait du désordre, demandait à chaque instant à sortir, taquinait ses camarades. Chez elle, elle battait ses frères et ses sœurs, elle avait des crises de colère avec trépignements. Elle s'endormait parfois le jour. La nuit elle était agitée, se levait, bouleversait son lit, et ne s'endormait que vers 3 heures du matin. Elle urinait au lit.

Au mois de septembre 1921, ses parents remarquèrent qu'elle était

plus calme, moins dissipée et qu'elle demeurerait plus volontiers assise. Elle avait tendance à se pencher vers la gauche. Peu à peu, elle devint apathique, lente dans ses mouvements, somnolente. Il lui arriva même de s'endormir sur sa chaise. Son facies devint morne d'une façon habituelle, mais il lui arrivait fréquemment de sourire sans cause. Elle bavait un peu.

A la fin de novembre 1921, son état est le suivant. Elle présente un aspect figé parkinsonien encore assez fruste, mais cependant très net. Elle n'a aucun tremblement. Elle a un peu de rétropulsion et de latéropulsion. Quand on l'immobilise debout, elle se penche peu à peu vers le côté gauche, jusqu'au moment où elle perd l'équilibre. Elle dit n'avoir pas conscience de ce mouvement d'incurvation latérale.

Elle répond correctement aux questions qu'on lui pose, mais lentement et d'une voix basse. Dès qu'elle est immobilisée depuis quelques minutes, même debout, elle baisse la tête, cligne des paupières, puis ferme tout à fait les yeux et paraît somnoler. Sa mère dit que si on la laisse ainsi sans la secouer, elle s'endort tout à fait.

Le phénomène qui, chez elle, nous paraît intéressant et sur lequel nous désirons attirer l'attention est le suivant : Environ toutes les trois ou quatre minutes, soit qu'elle somnole, soit qu'elle parle, sa figure figée et morne s'éclaire d'un sourire. La malade ouvre d'avantage les yeux; relève un peu la tête et ses commissures labiales s'écartent par la contraction des joues. Le tout figurant un sourire doux, un peu triste et craintif, qui dure une dizaine de secondes, puis s'efface lentement, laissant réapparaître le visage morne habituel, comme une nappe d'eau redevient lisse après que se sont évaporées les rides provoquées par la chute d'une pierre.

Ce sourire survient, ainsi que nous l'avons dit, de façon presque rythmique, en tout cas automatique, car il se produit alors que rien dans ce qu'on dit à la malade ou dans ce qu'on lui fait faire ne prête à rire. Du reste, si à ce moment on lui demande si elle a envie de rire, elle répond que non. Et quand on l'interroge sur le motif de ce sourire, elle dit qu'elle l'ignore.

Le 21 décembre 1921, la petite malade est très somnolente, s'endort debout; elle bave, elle est absolument inerte. Le sourire est

beaucoup moins fréquent, ses paupières clignent sans cesse. Elle se plaint de douleurs au niveau des genoux et des mollets. Elle ne mange pas, elle a des nausées. Elle paraît faire une rechute d'encéphalite.

OBSERVATION XXVI (résumée).

PILTZ et BEURAIN (*Rev. neurol.*, juillet-août 1921).

M^{me} H... Atteinte, consécutivement à une encéphalite à forme choréique, d'une hypertonicité musculaire généralisée qui la maintient en opisthotonos. Quand la malade reste tranquille dans son lit, il n'y a chez elle qu'une légère hypertonicité des muscles de la face, de sorte que le front n'est qu'un peu ridé, les yeux à demi clos, les plis naso-labiaux seulement un peu marqués; mais au moment où on pose à la malade une question quelconque ou même si on la regarde seulement, les muscles de sa face commencent à se contracter lentement jusqu'au spasme et nous pouvons voir chez cette malade la grimace qui apparaît seulement au moment d'un rire violent. Les paupières supérieures en contraction spasmodique couvrent presque totalement les yeux, laissant seulement une très mince fente entre elles; la partie de la face entre la lèvre supérieure et le nez s'applique si exactement à la mâchoire que la peau, à cette place, devient tout à fait blanche et luisante. La même chose se remarque sur le menton où la peau est aussi ridée. La malade reste dans cet état de rire muet tout le temps qu'on la regarde ou seulement qu'on fait attention à elle. Cet état disparaît ensuite lentement.

Si on demande à cette malade pourquoi elle rit, elle répond qu'elle ne rit pas du tout, que c'est seulement sa face qui se contracte toute seule.

OBSERVATION XXVII (résumée).

PILTZ et PIENKOWSKI (*Rev. neurol.*, juillet-août 1921).

Malade atteint de séquelle excito-motrice post-encéphalitique. En lui parlant ou même en faisant attention à lui, spontanément se manifeste chez lui un ensemble de phénomènes de pleurs involon-

taires et spasmodiques, à savoir : une vive rougeur de la face, yeux pleins de larmes coulant sur la figure, contractions spasmodiques des muscles autour de la bouche et du menton, comme on le voit justement chez ceux qui pleurent. Si on demande à ce malade pourquoi il pleure, il répond qu'il n'a pas envie de pleurer et ne pleure pas du tout.

VI. Cas trop complexes pour pouvoir entrer dans aucune des catégories précédentes.

L'encéphalomyélite épidémique, maladie à lésions essentiellement diffuses, peut produire des troubles tellement complexes qu'il est impossible de les classer si un d'eux ne domine pas les autres et n'imprime pas, pour ainsi dire, son cachet au syndrome.

Ces cas ne sont pas très-rares. Nous n'en citerons qu'un exemple qui nous paraît tout à fait typique. Il s'agit d'un malade qui présente simultanément des mouvements choréiques, des gestes stéréotypés, des myoclonies, des rythmies, des spasmes et des tics, avec scansion de la voix, auxquels se surajoutent des troubles psychiques, des troubles sensitifs, vaso-moteurs et oculaires. Ces troubles ont succédé à un *hoquet invincible* remontant au mois de décembre 1914 (très probablement un cas sporadique d'encéphalite à forme singultueuse). Une pareille collection de phénomènes morbides échappe à toute description d'ensemble. On ne peut qu'en dresser un catalogue. C'est ce qu'a fait fort exactement M. H. Roger dans l'observation que nous résumons ci-dessous.

OBSERVATION XXVIII (résumée).

H. ROGER (Soc. neurol. de Paris, 7 juillet 1921).

Andr.,. (Léon), âgé de 29 ans, réformé de guerre, est envoyé au Centre neurologique de la XV^e région pour expertise par le Centre spécial de réforme de Nîmes, le 23 juin 1921.

D'après l'intéressé, l'origine des troubles résiderait dans une commotion (déplacement par un obus, sans perte de connaissance) survenue fin novembre 1914.

Au début de décembre 1914, brusquement, *hoquet invincible* accompagné de secousses brusques des membres supérieurs d'abord, des membres inférieurs ensuite. Pendant cinq mois, mêmes symptômes, avec douleurs articulaires et extra-articulaires, insomnie, agitation, délire. Dysarthrie intense. Dysphagie. Pas de fièvre.

Réformé en 1915 avec le diagnostic de chorée. Les accidents durèrent encore trois mois après la réforme.

Peu à peu, les symptômes se sont atténués, le hoquet a disparu, les secousses musculaires ont pris leur forme actuelle.

Actuellement, on note de l'instabilité motrice et des mouvements anormaux. Debout ou assis, il ne cesse de déplacer ses membres supérieurs et inférieurs, cependant que ses yeux sont le siège d'un clignotement perpétuel et que ses narines exécutent de fréquents reniflements, accompagnés du bruit spécial à cet acte.

Analyse des troubles moteurs. — 1° Mouvements lents de croisement et de décroisement des jambes, de flexion ou d'extension des membres supérieurs, de flexion ou de rotation de la tête. Disparaissent ou s'atténuent à l'occasion des mouvements actifs dans le membre agissant, augmentent souvent alors dans le membre n'agissant pas. Indépendants de la volonté. Disparaissent quand on immobilise légèrement le malade;

2° De loin en loin, mouvement plus brusque soit un peu ample et arrondi (type choréique), soit bref et énergique (type myoclonique), faisant parfois lâcher ce que tient le malade;

3° Toutes les deux minutes environ, geste stéréotypé du membre supérieur droit consistant à se frotter le front ou l'œil droit avec le dos de la main, ou à se passer la main dans les cheveux (sans brusquerie);

4° Clignotement rapide et incessant des paupières avec contraction tonique de l'orbiculaire. Quand on écarte les paupières de force, on constate des mouvements désordonnés du globe oculaire sous la paupière supérieure. Regarde difficilement en bas;

5° Reniflements fréquents non rythmiques;

6° Acte de se gratter fréquemment les faces externes des deux jambes.

Examen somatique : Très légère parésie brachiale droite. Réflexes tendineux vifs et égaux des deux côtés, pas de clonus, réflexe des orteils en flexion. Légère adiadicocinésie. Marche normale. Ni contracture, ni hypotonie.

Parole assez scandée par instant avec rarement quelques mouvements spasmodiques de la face et du cou au début de l'élocution.

Émotivité exagérée. Les troubles s'accroissent en public. Le malade fuit la société. Difficulté à fixer son attention, pleurs faciles.

Quelques troubles sensitifs : hypoesthésie de la moitié droite de la face et du membre supérieur droit.

Sudation de la moitié droite de la face.

Diplopie quand le malade regarde en haut et de près.

Placards psoriasiques aux coudes et au creux épigastrique.

CHAPITRE III

Diagnostic.

Nous n'exposerons pas ici les critères qui nous permettront de distinguer les uns des autres les mouvements choréiques, les rythmiques, les myoclonies, etc. C'est là un diagnostic absolument classique qu'il serait fastidieux et inutile de reproduire ici.

Le problème que nous nous poserons sera le suivant. Étant donné un malade présentant un des syndromes que nous venons de décrire, comment pourrions-nous reconnaître dans son affection une séquelle d'encéphalite léthargique ?

Pour arriver à la solution, nous pourrions utiliser deux éléments, dont l'un nous manquera souvent et l'autre est des plus incertains. Ce sont, d'une part, la connaissance de l'existence d'une encéphalite épidémique avant l'apparition des troubles excito-moteurs ; d'autre part, l'étude attentive des caractéristiques de ces troubles eux-mêmes.

§ 1. — Existence d'une encéphalite antérieurement.

La question est toute résolue lorsque nous connaissons le diagnostic d'encéphalite porté par le médecin qui a soigné la maladie causale, ou que les commémoratifs nous font connaître à un moment donné l'existence complète de la symptomatologie caractéristique de cette affection.

Mais ces cas constituent en somme l'exception, car actuellement on voit infiniment plus d'accidents post-encéphalitiques qu'on n'a vu d'encéphalites. Cela tient à l'extrême fréquence

des cas frustes, ambulatoires même, dont la première manifestation qui attire l'attention est constituée par ces troubles excito-moteurs eux-mêmes.

Nous en serons alors réduits, pour remonter à la cause, à nous arrêter à un petit malaise, à une indisposition dans la symptomatologie de laquelle nous rechercherons soigneusement les moindres indices qui pourront nous faire soupçonner sa véritable nature.

Ce sera tout d'abord la notion d'épidémicité. Une affection fébrile coïncidant avec les épidémies de 1918-1919-1920 et suivie au bout de peu de temps de troubles moteurs devra toujours nous paraître suspecte.

Ensuite, toute une série de petits signes sur lesquels Pierre Marie et M^{lle} Lévy ont insisté à juste raison et dont nous retrouverons parfois quelques-uns dans la description de ce petit épisode fébrile : la somnolence ou l'insomnie, les troubles oculaires (ptosis, strabisme, diplopie, troubles de l'accommodation); une céphalée occipitale avec raideur douloureuse de la nuque; de la gêne dans les mouvements de la mâchoire, ou bien des mouvements involontaires à leur niveau, avec ou sans douleurs, grincements, tics de succion; des spasmes faciaux; du ptyalisme et de la sialorrhée; de la dysarthrie d'origine linguale, de la fibrillation de la langue; une sensation de striction à la gorge; des bâillements; du hoquet; de la gêne respiratoire; de la titubation.

Malgré cette surabondance de petits signes, le plus souvent la nature de l'affection causale nous échappera, tant celle-ci aura été fruste; il ne nous restera que le second élément pour essayer d'arriver à un diagnostic.

§ 2. — Éléments caractéristiques des syndromes moteurs.

Nous avons vu dans les observations qui sont reproduites dans ce travail que fréquemment l'apparition des secousses musculaires dans un membre est précédée de peu par des tuméfactions articulaires douloureuses au niveau de ce membre. Il y

a là une sorte de signe prémonitoire qui est assez caractéristique et qu'il faudra rechercher attentivement.

La plupart de nos observations ne relatent pas de troubles sensitifs associés aux clonies. Cependant, Pierre Marie et M^{lle} Lévy insistent sur leur fréquence, et voici brièvement comment ils les caractérisent : on peut constater soit des douleurs lancinantes à type névritique au niveau des membres où siègent des myoclonies, soit une hyperesthésie cutanée très intense dans des territoires limités, soit des douleurs de la face et particulièrement de la région susorbitaire, soit enfin des douleurs à localisation musculaire et tendineuse siégeant dans les segments de membre perpétuellement en mouvement; les malades comparent ces dernières douleurs à « des courants électriques qui passent ». Ces algies diverses peuvent dominer le tableau morbide et persister alors que les phénomènes moteurs ont disparu. Elles peuvent être assez intenses pour rendre au malade la vie insupportable.

En serrant de près l'analyse des symptômes qui sont relatés dans nos observations, nous pouvons arriver à en dégager un certain nombre de caractéristiques que l'on retrouve d'une façon assez générale.

C'est tout d'abord une tendance nette au synchronisme des mouvements des diverses parties du corps. On trouve ce caractère signalé dans la plupart des observations de mouvements choréiques, de myorhythmies, de myoclonies. Or, ce n'est pas là un élément habituel de ces syndromes. Ces choréiques, ces myorhythmiques, ces myocloniques, qui remuent simultanément bras et jambes comme des pantins dont on tire la ficelle, ont vraiment quelque chose d'un peu particulier et qui doit attirer notre attention.

Cette tendance au synchronisme se double d'une tendance non moins nette à la rythmicité. Celle-ci est démontrée d'abord par le peu de fréquence relative des myoclonies, ensuite par le fait que dans les syndromes choréiques eux-mêmes, les mêmes mouvements à grande amplitude ont tendance à se reproduire avec une certaine régularité. C'est là un phénomène tout à fait

anormal dans la chorée, affection essentiellement désordonnée. Je sais bien que la tendance au rythme est bien connue dans d'autres états, et qu'elle traduit simplement une atteinte grave des centres nerveux, plus spécialement du mésocéphale. Mais on l'observe surtout (en dehors des rythmies chroniques non symptomatiques) dans des affections aiguës à pronostic très grave, tandis qu'ici, au cours de ces syndromes assez torpides, elle est vraiment spéciale et sera un bon élément pour notre diagnostic.

La rythmicité et le synchronisme se combinent quelquefois pour produire des gestes stéréotypés dont nous avons donné plusieurs exemples, la plupart empruntés à Piltz (coups de poing dans le dos, gestes d'escrime, etc.). Ces mouvements se montrant au cours d'une chorée ne seront pas sans avoir une assez grande valeur diagnostique. Il sera bon de les rechercher soigneusement et systématiquement.

La localisation de ces mouvements attire également quelques remarques. Il est vraiment frappant de voir combien la localisation unilatérale est fréquente. Même dans les chorées, normalement presque toujours généralisées, on note, sinon une localisation absolue, du moins une prédominance nette dans une moitié du corps. Et chose tout à fait curieuse et qu'on n'a pas expliquée jusqu'à présent, ces hémichorées, ces hémimyorhythmies, ces hémimyoclonies siègent *presque toujours à droite*. Cela ressort nettement de la lecture de nos observations. Piltz insiste également sur ce caractère.

On est également frappé par la prédominance des mouvements siégeant à la racine des membres, cuisse et épaule. Ces mouvements de piaffement, ces gestes de courir, ces salaams, ces élévations du bras et de l'épaule exécutés le plus souvent lentement, solennellement en quelque sorte, constituent autant de petits tableaux cliniques que l'on retrouve un peu dans toutes les catégories de clonies post-encéphalitiques, et dont la constatation devra nous faire soupçonner la vraie nature de l'affection.

L'hypertonie musculaire est très fréquente chez ces malades. Souvent elle se traduit par un véritable syndrome parkinsonien

associé aux autres troubles excito-moteurs. Mais dans le cas où il n'y a pas d'état figé proprement dit, il est commun de constater une certaine résistance à la mobilisation passive, de la lenteur et de la gêne des mouvements. Piltz insiste beaucoup sur ce phénomène, dont il fait une des caractéristiques des séquelles de l'encéphalite. Cependant, il nous faut reconnaître qu'une bonne partie des observations que nous rapportons ne mettent pas cette hypertonicité en valeur.

Un des traits essentiels de ces séquelles, c'est leur complexité. Rares sont les observations relatant un cas d'une clonie pure, sans association d'éléments étrangers. Le plus souvent, on trouve chez le même malade un mélange de mouvements de diverses variétés, et en outre des troubles tout à fait différents : fréquemment un état figé parkinsonien ; assez souvent des troubles psychiques, caractérisés surtout par de la dépression et de l'instabilité. Enfin, quelquefois ces spasmes pseudo-émotifs du visage dont la constatation nous sera d'un précieux secours quand ils existeront.

L'étude de l'évolution de ces accidents nous montre fréquemment des modifications assez curieuses. Tantôt c'est une sorte de phénomène de transfert : les mouvements cessent dans le membre supérieur quand ils commencent dans le membre inférieur. Puis ils réapparaissent souvent plus tard. D'autres fois, il s'agit d'un phénomène de remplacement : une chorée fait place à une rythmie. Une myoclonie s'atténue, tandis qu'un syndrome parkinsonien apparaît. Enfin on peut observer des phases d'accroissement et de régression successives de ces phénomènes, qui sont la signature d'une maladie encore en évolution, et devront nous faire penser à la possibilité d'une encéphalite.

Telles sont les principales remarques que nous avons été amené à faire au cours de ce travail. Aucun des éléments que j'ai essayé de mettre en valeur n'est caractéristique et n'imposera le diagnostic. Mais la clinique est faite de ces petits riens dont aucun n'a une grosse importance en lui-même, et dont la réunion entraîne la conviction. Les syndromes que nous étudions n'échappent pas à cette loi. Quand, par une étude attentive des

phénomènes morbides que présente un malade, nous aurons pu reconnaître en eux un certain nombre des caractères que nous venons d'énumérer, nous pourrons, sans trop de crainte, poser notre diagnostic de séquelle d'encéphalite épidémique.

Nous ne dirons rien des recherches de laboratoire, qui n'ont jusqu'à présent apporté aucune clarté dans cette question.

*
* *

Parmi tous les cas que nous rapportons, on n'en cite qu'un de mortel. On peut donc dire que le *pronostic quo ad vitam* est plutôt bon dans ces séquelles. Mais il paraît être franchement mauvais si on envisage la guérison. En effet, quoique P. Marie et M^{lle} Lévy disent que la plupart de ces malades guérissent en quelques mois, parmi tous ceux dont nous rapportons l'histoire, qui pour certains remonte à plus de deux ans, il n'y en a qu'un qui ait guéri, au bout de deux ans et demi. Tous les autres sont stationnaires. On peut objecter que l'on ne publie que les cas qui s'éternisent. C'est sans doute exact et il ne faut pas considérer cette impression comme définitive. Aussi bien notre expérience n'est pas encore assez longue pour pouvoir nous faire une opinion raisonnée. Mais il n'en demeure pas moins vrai que ce sont des affections très graves, très tenaces, qui font des malheureux qui en sont atteints des infirmes, aux yeux desquels on ne peut pour le moment se permettre de faire luire l'espérance d'une guérison.

L'*anatomie pathologique* nous est complètement inconnue, faute de nécropsies. Les seules données sont fournies par des cas d'encéphalite aiguë, avec ses lésions diffuses périvasculaires, recherchant la substance grise partout où elle se trouve, dans la moelle aussi bien que dans l'encéphale, mais avec une prédilection toute particulière pour la région méso-céphalo-pédonculaire. Avons-nous affaire ici aux mêmes lésions congestives et inflammatoires qui continuent à évoluer, ou à des lésions cicatricielles qui succéderaient aux premières ? Mystère encore.

La *pathogénie* de ces troubles ne peut donc reposer, en

l'absence de toute vérification anatomique, que sur des hypothèses, brillantes et ingénieuses, mais sans base solidement établie. Nous n'essaierons pas de l'élucider dans ces conditions. Du reste, avant de chercher à savoir par quoi est produit un phénomène morbide, il faut d'abord chercher à se rendre compte de façon aussi exacte que possible en quoi il consiste. La séméiologie a toujours été et sera toujours le fondement de la médecine. C'est une ébauche de séméiologie que nous avons voulu faire dans ce travail. Notre ambition ne va pas au delà.

Les essais de *traitement* de ces affections n'ont pas jusqu'à présent donné de résultats encourageants. On a cité quelques rémissions à la suite de la balnéation chaude. Pierre Marie et Bouttier ont préconisé le bromhydrate de cicutine, Cl. Vincent le luminal, Bassac la scopolaminé. Aucun de ces médicaments ne s'est montré réellement efficace.

CONCLUSIONS

1° Nous ne pouvons pas savoir actuellement si les accidents dits post-encéphalitiques sont des séquelles ou des manifestations évolutives de l'encéphalite épidémique;

2° Après les syndromes parkinsoniens, les séquelles motrices de l'encéphalite les plus fréquentes sont les polyclonies. Elles représentent 16,5 p. 100 de la totalité des séquelles;

3° On les divise en mouvements choréiques (26 p. 100), myorhythmies (26 p. 100), tremblements (4 1/2 p. 100), myoclonies (16 1/2 p. 100) se subdivisant en myoclonies simples (70 p. 100 des myoclonies) et myokymies (30 p. 100), mouvements pseudo-émotifs (16 1/2 p. 100). Enfin, il existe des cas tellement complexes que toute classification en est impossible;

4° Ces polyclonies post-encéphalitiques présentent un certain nombre de caractères particuliers susceptibles d'être utilisés pour le diagnostic étiologique. Ce sont : la tendance au synchronisme, à la rythmicité, à la production de gestes stéréotypés. Ils occupent fréquemment une moitié seulement du corps, presque toujours la moitié droite; ils affectionnent particulièrement la racine des membres. Ils sont en général complexes et variables au cours de l'évolution de la maladie. Ils sont souvent précédés de phénomènes douloureux et accompagnés de troubles sensitifs et d'hypertonie musculaire;

5° On ignore d'une façon précise la nature des lésions qui les conditionnent et le mécanisme de leur production ;

6° Ils n'ont jusqu'à présent pas marqué de tendance à une guérison spontanée et se sont montrés rebelles à la thérapeutique.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*
Dr C. SIGALAS.

Le Président,
Dr J. ABADIE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 24 décembre 1921.

Le Recteur de l'Académie,

R. THAMIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- MARIE (Pierre) et LÉVY (M^{lle} Gabrielle). — 10 cas de mouvements involontaires apparus rapidement et pouvant se rattacher à l'encéphalite léthargique. Société médicale des hôpitaux de Paris, 29 novembre 1918.
- Mouvements involontaires apparus après un épisode fébrile grippal et après l'encéphalite léthargique. Société de neurologie de Paris, 5 juin 1919.
- 1 nouveau cas de mouvements involontaires à forme choréique apparus à la suite de phénomènes infectieux avec manifestations d'encéphalite. *Revue neurologique*, 1919, p. 511.
- RASSOC. — Encéphalite épidémique (nona). *The Journal of American medical Association*, 5 avril 1919.
- PAPIN, DENÉCHAU et BLANC (Ch.). — 4 cas d'encéphalite léthargique. Société médicale des hôpitaux de Paris, 4 juillet 1919.
- SICARD et KUDELSKI. — Encéphalites myocloniques. Société médicale des hôpitaux de Paris, 23 janvier 1920.
- KAHN. — 1 cas d'encéphalite successivement névralgique, psychique, choréiforme, myoclonique, léthargique, avec séquelles hémimyocloniques. Société médicale des hôpitaux de Paris, 30 avril 1920.
- MARIE (Pierre) et LÉVY (M^{lle} Gabrielle). — 2 nouveaux cas de mouvements involontaires post-encéphalitiques; localisation exclusivement linguo-facio-masticatrice. Société médicale des hôpitaux de Paris, 30 avril 1920.
- AVIRAGNET, DELILLE (Armand) et MARIE (Pierre). — 1 cas d'encéphalite à type choréique avec paralysies oculaires et laryngées. Société médicale des hôpitaux de Paris, 21 mai 1920.

- ROGER et AYMÈS. — Syndrome hémimyoclonique alterne, séquelle d'encéphalite épidémique. Société médicale des hôpitaux de Paris, 28 mai 1920.
- SOUQUES et LACOMME. — Chorée de Sydenham bénigne et apyrétique, consécutive à une encéphalite léthargique chez 1 enfant. Société médicale des hôpitaux de Paris, 16 juillet 1920.
- VERGER (H.). — Séquelles spasmodiques et myocloniques de l'encéphalomyélite épidémique. Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 31 octobre 1920.
- JUDE. — Séquelles d'encéphalite léthargique. Société médicale des hôpitaux de Paris, 9 novembre 1920.
- PIC. — Sur les séquelles de l'encéphalite léthargique. Société médicale des hôpitaux de Paris, 16 novembre 1920.
- MEIGE. — Coexistence chez un même sujet de secousses myocloniques et d'un tremblement du type parkinsonien à la suite d'une encéphalite épidémique. Société de neurologie de Paris, 2 décembre 1920.
- MARIE (Pierre) et LÉVY (M^{lle}). — Le syndrome excito-moteur de l'encéphalite épidémique. *Revue neurologique*, juin 1920, p. 514.
- CRUCHET (R.), MOUTIER (F.) et CALMETTES (A.). — Le pronostic de l'encéphalomyélite épidémique. Société médicale des hôpitaux de Paris, 29 octobre 1920.
- CRUCHET (R.). — Les formes myoclonique et myorhythmique de l'encéphalite épidémique. Société médicale des hôpitaux de Paris, 12 novembre 1920.
- L'encéphalomyélite épidémique à Bordeaux et dans les régions voisines. Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 10 décembre 1920.
- BREVET. — Étude sur la forme myoclonique de l'encéphalite épidémique. Thèse de Paris, 1920.
- RENAULT, ATHANASSIO-BÉNISTY (M^{me}) et HIBERT. — Mouvements cloniques rythmés de l'hémiface droite persistant pendant le sommeil et consécutifs probablement à une névrite épidémique. Société de neurologie de Paris, 6 janvier 1921.
- MARIE (Pierre) et BOUTTIER. — Traitement des myoclonies et spécialement des myoclonies consécutives à l'encéphalite épidé-

- mique par le bromhydrate de cicutine. Société médicale des hôpitaux de Paris, 11 février 1921.
- CRUCHET (R.). — Évolution et séquelles de l'encéphalomyélite épidémique. Soc. médicale des hôpitaux de Paris, 11 mars 1921.
- VINCENT (Cl.). — Myoclonies post-encéphalitiques traitées par le luminal. Société de neurologie de Paris, 7 avril 1921.
- CRUCHET (R.) et ROCHER (L.). — Séquelle du type myorhythmique chez un enfant atteint d'encéphalite léthargique. Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 15 avril 1921.
- KREBS et BETHOUX. — Myoclonie et syndrome parkinsonien consécutifs à une atteinte d'encéphalite léthargique. Étude des secousses musculaires. Contribution à la séméiologie des myoclonies. Société de neurologie de Paris, 2 juin 1921.
- RAVIART, COMBEMALE, VULLIEN et ASSOIGNON. — 5 cas de syndrome parkinsonien post-encéphalitique. Société de neurologie de Paris, 3 et 4 juin 1921.
- ROGER (H.). — Le syndrome parkinsonien post-encéphalitique chez les enfants. Société de neurologie de Paris, 3 et 4 juin 1921.
- Syndrome excito-moteur (chorée, tics, spasmes, stéréotypies et dysarthries), séquelle vraisemblable d'encéphalite épidémique à forme singultueuse et algomyoclonique survenue en 1914. Société de neurologie de Paris, 7 juillet 1921.
- PILTZ (Jean). — Quelques observations et remarques concernant la symptomatologie de l'encéphalite choréiforme et léthargique. *Revue neurologique*, juillet-août 1921, p. 793.
- FROMENT et PALIARD. — Syndrome parkinsonien post-encéphalitique avec mouvements de la bouche rappelant le bâillement. Société médicale des hôpitaux de Lyon, 18 octobre 1921.
- FROMENT et GRIVEAUD. — Myoclonies rythmiques déterminant une triple flexion du membre inférieur droit avec extension des orteils. Société médicale des hôpitaux de Lyon, 18 octobre 1921.
- BLOUQUIER DE CLARET (A.). — La névraxite épidémique. Thèse de Montpellier, 1921.

